Nierenerkrankungen in Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Fritz Baumann

approb. Arzt aus Donaueschingen.

MÜNCHEN, 1904.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Nierenerkrankungen in Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Fritz Baumann

approb. Arzt aus Donaueschingen.

MÜNCHEN, 1904.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Referent: Herr Geheimrat v. Winckel.

Dem Andenken meiner lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0093

Die wichtigsten anatomischen Formen der Nierenerkrankungen und ihre hauptsächlichsten klinischen Symptome festgestellt zu haben, ist das Verdienst Richard Brigth's (1827—1840): Die Albuminurie als das regelmässigste Symptom ermöglicht in vielen Fällen schon allein mit Sicherheit die Diagnose eines Nierenleidens. Neben ihr sind von grösster Wichtigkeit eigentümliche Formbestandteile des Harns. Zu diesen beiden ausschlaggebenden Faktoren kommt als dritter der Hydrops, der nicht selten zuerst den Verdacht auf das Bestehen einer Nierenaffektion hinlenkt. Das Vorkommen der Albuminurie bei Schwangeren dagegen wurde von Brigth übersehen. Erst Rayer 1841 schildert in seinem Werke „Traité des maladies des reines et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mémes et dans leur rapport avec les maladies des uretères etc." die von ihm als „Nephrite albumineuse" bezeichnete Erkrankung als ein der Gravidität eigentümliches Leiden. Die Lehre von dem Zusammenhang der Albuminurie mit der Schwangerschaft wurde dann fernerhin weiter ausgebaut; so von Frerichs („Die Brigth'sche Nierenkrankheit und ihre Behandlung" 1851) und später vor allem von Leyden. Leyden unterschied eine „Schwangerschaftsniere" von der Schwangerschaftsnephritis und bezeichnete mit ersterem Namen einen Zustand, welcher sich durch eine Veränderung des Nierensekrets in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kennzeichnet, vornehmlich bei Erstgebärenden in Erscheinung tritt, an Intensität gegen das Ende der Schwangerschaft

zunimmt und im Wochenbett schnell zu verschwinden pflegt.“ (Vgl. v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe B. I 1. Hälfte p. 384 ff.) Nun ist es aber Tatsache, „dass in der ersten Hälfte der Schwangerschaft der Harn gewöhnlich frei von Formelementen ist, indes zu den Begleiterscheinungen der zweiten Hälfte das Vorkommen von solchen zur Regel gehört. Auch nicht organisierte Sedimente finden sich verhältnismässig häufig vor. Alle Formelemente nehmen in den letzten Wochen der Schwangerschaft auffallend zu und erreichen die Akme unmittelbar vor und während der Geburt“. Es wären also diese Begleiterscheinungen von Einflüssen abhängig, die gewissermassen in den Rahmen des physiologischen Lebens fallen. Seit Brigth galt die Ausscheidung von Eiweiss im Harn als untrügliches Zeichen einer Erkrankung der Nieren, während Albuminurie bei nicht kranken Menschen als etwas Seltenes angesehen wurde. Nun hat aber („Ueber physiolog. Albuminurie“: Verhandlungen der Ges. deutsch. Naturf. und Aerzte, Karlsbad 1902 I) v. Leube und nach ihm andere Forscher gefunden, „dass die Ausscheidung von Eiweiss im Harn nicht immer pathologisch ist, sondern noch in den Rahmen des physiologischen Verhaltens fallen kann“, ja „dass es bei sorgfältiger Prüfungsanordnung gelingt, Eiweiss in jedem Urin des gesunden Menschen nachzuweisen“.

Vielleicht wären diejenigen Fälle von Albuminurie in der Schwangerschaft und in der Geburt, die mit keinem einzigen der andern für Nierenerkrankung sprechenden Symptome kompliziert sind, unter diese Rubrik der physiologischen Albuminurie zu rechnen. Denn, so sagt v. Leube, „findet sich bei der Untersuchung nichts von all diesen nephritischen Symptomen, d. h. von stärkerer Pulsspannung oder beginnender Herzhyper-

trophie, ferner nichts von auf Nephritis hinweisenden Veränderungen des Augenhintergrundes oder von Andeutungen uraemischer Intoxikation, und enthält das Sediment des Urins keine verdächtigen Cylinder oder Entzündungszellen, dann, aber auch nur dann ist es erlaubt, die Diagnose auf physiologische Albuminurie zu stellen".

Anders verhält es sich, wenn die Albuminurie von anderen nephritischen Erscheinungen begleitet ist, z. B. von Cylindrurie und Hydrops. Dann ist die Diagnose auf Nierenerkrankung zu stellen. Wenn sich aber eine scharfe Grenze schon zwischen der Albuminurie in graviditate und der Leyden'schen Schwangerschaftsniere nicht ziehen lässt, so ist es noch schwieriger, mit Sicherheit Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis strikte zu scheiden. Am meisten charakteristisch für die Schwangerschaftsniere wäre wohl das Fehlen von Allgemeinstörungen. Im übrigen ist in Winckels Handbuch für die Scheidung der beiden Zustände die Ansicht Fischer's („Ueber Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis". Archiv f. Gyn. XLIV 1893 pag. 218 ff.) zu Grunde gelegt. Es heisst daselbst: „Das Auftreten von Albuminurie und Formelementen in mässigen Mengen während der letzten Wochen der Schwangerschaft und daran rasches Verschwinden in den ersten Tagen des Wochenbetts lassen den Zustand „Schwangerschaftsniere" diagnostizieren. Das Auftreten von zahlreichen Leukocyten bei relativ geringer Eiweissmenge (0,05 %), sowie das Auftreten von zahlreichen hyalinen und wenig granulierten Cylindern, sowie einzelner roher Blutzellen ist für diesen Zustand ebenso wie das Fehlen von allgemeinen Symptomen chrakteristisch. Die Oedeme sind selten hochgradig und universell. Ueberwiegen die gra-

nulierten Cylinder, sind die Oedeme universell, so ist der Zustand der Nephritis zu deuten."

Bei den Nephritiden ist der Intensitätsgrad nach dem Quantum der Ausscheidung von Eiweiss und Cylindern zu bemessen. Starker Blutgehalt im Urin spricht für die akute Form der Nephritis; Fettkörnchen und Fettkörnchenzellen, frei oder den Cylindern aufsitzend, weisen auf Verfettungsprozesse in den Nieren hin und sprechen mehr für die chronische Nephritis, besonders wenn Herz- und Retinalveränderungen dazu kommen.

Die Frage nach der Bedeutung der Nierenaffektionen vor, bei und nach der Geburt für Mutter und Kind gab im Laufe der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts zu zahlreichen Arbeiten und Controversen Anlass. Ausser der Frage nach der Eklampsie, die als häufige Komplikation der Albuminurie für das Leben von Mutter und Kind prognostisch von der grössten Bedeutung ist, war es besonders diejenige nach dem Zusammenhange zwischen Albuminurie, Placentarerkrankung, vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft und Fruchttod. Wie bei den Untersuchungen über die Häufigkeit und Aetiologie der Albuminurie, so gehen auch hier die Angaben ziemlich weit auseinander. Nachdem Winter („Zur Lehre von der vorzeitigen Placentarlösung bei Nephritis": Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XI H. 2 1885 pag. 398 ff.) 3 Fälle von vorzeitiger Placentarlösung mit consekutivem Fruchttod bei nephritischen Schwangeren mitgeteilt hatte, ohne den Causalnexus festzustellen, zeigte Fehling in einem Vortrag „Ueber habituelles Absterben der Frucht bei Nierenerkrankung der Mutter" (Archiv f. Gyn. XXVII H. 2 1885 pag. 300 ff.), dass ein Zusammenhang zwischen Nierenerkrankung und Placentarveränderung bestehe, welch letztere das Absterben der Frucht bedinge: „Die weitere Folge

der Nierenerkrankung ist das frühere oder spätere Absterben der Frucht infolge mangelhafter Ernährung, indem wegen der Durchsetzung der Placenta mit weissen Infarkten das normale Gewebe derselben zur Ernährung der Frucht nicht mehr ausreicht."

Die Lehre vom Infarkt der Placenta, den Fehling wie den Niereninfarkt als Folge einer ischaemischen Nekrose ansah, fand einerseits zahlreiche Anhänger, anderseits aber stiess sie auf entschiedenen Widerspruch. So prüfte Wiedow („Ueber den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentarerkrankung": Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIV 1888 pag. 387 ff.) an eigenen Beobachtungen in der Freiburger Klinik die Lehre Fehling's, ohne freilich zu einem ganz sicheren Schluss zu kommen. Dass „ein klinisch nicht fortzuleugnender Einfluss der Nephritis auf die Entwicklung und Existenz des Foetus besteht, bewies in der Folgezeit E. Cohn in seiner Arbeit „Ueber das Absterben des Foetus bei Nephritis der Mutter" (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIV 1888 pag. 587 ff.). Als Grund der furchtbaren Mortalität fand er zum Teil hochgradige Veränderungen in den Placenten, als deren Ursache resp. prädisponierende Momente er die Nierenstörungen ansah. Zu anderen Resultaten wie Fehling, Wiedow und Cohn kam Leop. Meyer bei seinen Untersuchungen „Zur Lehre von d. Albuminurie in der Schwangerschaft u. bei der Geburt": (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XVI H. 2 1889 pag. 215 ff.). Nach ihm ist dem Nierenleiden keine besonders hervorragende Bedeutung für das Absterben der Frucht in Utero zuzuschreiben. „Eine gewisse Verbindung, so schliesst er, zwischen Nierenleiden und Placentaraffektion besteht; diese Verbindung scheint aber doch nicht von so unzweifelhafter und hervortretender Natur zu sein . . . Denn wir

sehen, dass der Mutterkuchen ganz dieselben Veränderungen bei Harn ohne Eiweiss, wie bei Albuminurie darbieten kann — ja, dass dies nicht selten der Fall ist.“ In einer weiteren Arbeit „Ueber das Verhältnis zwischen Nierenleiden, weissen Infarkten und habituellem Absterben der Frucht“ (Centralblatt für Gyn. Nr. 15 1891) konstatiert L. Meyer: 1. Renale Albuminurie in der Schwangerschaft kommt auch ohne Fruchttod und weisse Infarkte vor, 2. Habituelles Absterben der Frucht (von Syphilis abgesehen) kommt ohne renale Albuminurie, mit oder ohne weisse Infarkte vor, 3. (sogar ausgebreitete) weisse Infarkte kommen ohne renale Albuminurie, mit oder ohne Absterben der Frucht vor.“ Deshalb scheint es ihm im Gegensatz zu Fehling „nicht in den Tatsachen begründet, die Veränderungen in den Nieren als Ursache der zwei anderen Glieder des erwähnten Symptomenkomplexes aufzufassen“. „Weitere Beiträge zur klinischen Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft“ von Fehling (Arch. f. Gyn. XXXIX H. 3 1894 pag. 468 ff) und „Untersuchungen über das Gewichtsverhältnis zwischen Foetus und Placenta bei der Albuminurie in der Schwangerschaft“ von C. Wippermann aus der Fehling'schen Klinik (Archiv f. Gyn. LVII H. 3 1899 pag. 548 ff.) sind bei dem reichhaltigen Material dazu angetan, die Lehre Fehling's vom causalen Zusammenhang der Nierenerkrankung mit dem Placentarinfarkt und dem Fruchttod zu bekräftigen. H. Fischer vertritt ebenfalls den Standpunkt Fehling's und nennt die Nephritis neben der Syphilis die allerhäufigste Ursache für das Auftreten der Frühgeburt. Auf der anderen Seite aber wichen die von Fischer erhobenen Befunde in vielen Punkten so erheblich von den bis dahin in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ab, dass A. Trautenroth das Ma-

terial der Marburger geb.-gyn. Klinik zur Prüfung heranzog und seine Befunde in der Abhandlung „Klinische Untersuchungen und Studien über das Verhalten der Harnorgane, insbesondere der Nieren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“: (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXX H. 1 1894 pag. 98) veröffentlichte. All diese reichhaltigen Untersuchungsreihen wurden in neuester Zeit noch um ein Bedeutendes vermehrt durch die Arbeit O. Fellner's „Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ 1903. Fellner behandelt in dem Kapitel F „Nierenerkrankungen“ pag. 121 ff. Albuminurie, Nephritis gravidarum und Eklampsie als aetiologisch identische Krankheitsbilder. Die Resultate, aus der Wiener Klinik gewonnen, bestätigen zum grossen Teil diejenigen der früheren Autoren, während sie in anderen Fällen wieder davon abweichen.

Es ist mir nun die Aufgabe gestellt, das Material der Münchner Frauenklinik aus den fünf Jahren 1899—1903 den obigen Untersuchungsreihen anzugliedern. Zur Verfügung standen mir zu diesem Zwecke 6093 Geburtsjournale mit den dazu gehörigen Protokollen über den Verlauf des Wochenbetts und das Verhalten des Kindes. Die Harnuntersuchungen auf Eiweiss wurden mittelst der Koch-, der Ferrocyankalium-Essigsäure- und der Heller'schen Ringprobe vorgenommen, die Sedimente unter Benützung des Centrifugalapparates gewonnen. Die Untersuchungen setzen den aetiologischen Zusammenhang von Albuminurie, Nephritis und Eklampsie voraus. Sämtliche Fälle von Eklampsie — ausgenommen zwei, bei denen Urin auch durch den Katheter nicht zu erhalten war — waren von Albuminurie und mehr oder weniger stark ausgeprägten nephritischen Symptomen begleitet. Unter den 6093 Geburten sind 101

Fälle mit Eiweiss im Harn verzeichnet, bei denen sich zu gleicher Zeit noch andere Zeichen einer Nierenaffektion nachweisen liessen. Zu den 101 Fällen kommen dann noch 41, in denen nur in der ersten oder zweiten Geburtsperiode eine Spur von Albumen auftrat, während vorher und nachher weder von Albuminurie, noch von sonstigen Störungen etwas nachzuweisen war. Diese 41 Fälle gehören wohl noch in das Gebiet der physiologischen Albuminurie und sind deshalb als nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehörig, in der nachfolgenden Tabelle nicht rubriziert. Die Tabelle enthält demnach nur die genannten 101 Fälle in chronologischer Reihenfolge.

Bei der Beurteilung der Häufigkeit der Albuminurie in der Schwangerschaft und bei der Geburt stellen sich verschiedene Schwierigkeiten in den Weg. Erstens kommen viele Frauen erst dann in die Klinik, wenn sie zu kreissen beginnen, so dass über das Vorhandensein von Eiweiss in der Schwangerschaft nichts Sicheres feststeht. Zweitens wurden Urinuntersuchungen meist nur da angestellt und verzeichnet, wo irgendwelche Störungen dieselben anzeigten. Drittens war bei manchen verdächtigen Fällen selbst mit dem Katheter kein Harn zu gewinnen, oder die Zeit zu einer Untersuchung besonders bei Eklamptischen nicht ausreichend. Dementsprechend sind die Zahlen nur als Annäherungswerte zu betrachten. Aus denselben Gründen ist auch (wie wir später sehen werden) die Unterscheidung zwischen Schwangerschafts- und Geburtsalbuminurie bei unserem Material nicht strikte durchzuführen. Unter 6093 Frauen litten 101 an Albuminurie = 1,06%. Rechnet man die 41 Fälle von Albuminurie in Spuren in der 1. oder 2. Geburtsperiode noch hinzu, so ergäbe sich ein Prozentsatz von 2,33%. Wie die systematischen Untersuchungen anderer Autoren

zeigen, ist das Prozentverhältnis ein sehr variables. Fischer gibt die höchsten Zahlen an mit 90,2%, kommt damit also der Behauptung Behm's (Monatschr. f. Gebkde. B. 18 Suppl. pag. 19) nahe, dass die Schwangerschaft immer von Albuminurie begleitet sei. Nach Trautenroth tritt Albuminurie in 45—50%, also bei etwa der Hälfte sämtlicher Frauen auf. Winckel (Berichte und Studien 1874 B. I pag. 275 ff.) fand Albuminurie in etwa 10% der Gravidae und etwa 20% der Kreissenden. Ingerslev (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI H. 2 1881 pag. 171 ff.: „Beitrag zur Albuminurie während der Schwangerschaft, der Geburt u. d. Eklampsie") berechnet die Schwangerschaftsalbuminurie auf 4,8%, die Geburtsalbuminurie auf 32% und L. Meyer 3,4% zu 25%. Unsere Zahlen sind im Vergleich zu den genannten sehr niedrig und nähern sich nur denen Fellner's, der nur 0,7% (202 Alb. auf 33 881 Geburten) fand. Diese Uebereinstimmung mit Fellner's Zahlen ist wohl darauf zurückzuführen, dass auch er nur die Geburtsberichte zu seinen Untersuchungen benützte, also dieselben Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Häufigkeit hatte wie der Verfasser. Aus den Zahlen sämtlicher Autoren geht soviel hervor, dass die Albuminurie der Geburt entschieden häufiger ist als in der Schwangerschaft. Unter Berücksichtigung der 41 vorerwähnten Fälle können auch wir diese Tatsache bestätigen.

Unter den 101 Frauen mit Albuminurie fanden sich 62 Erstgebärende und 33 Mehrgebärende, während bei den übrigen 6 die Zahl der Geburt nicht angegeben ist. Also etwa zwei Drittel der Fälle waren Primipare. Doch überwiegen die Erstgebärenden auch bei den Geburten ohne pathologische Befunde. L. Meyer und Trautenroth lassen das Ueberwiegen der Primiparen nur

für die Geburtsalbuminurie gelten, und Ingerslev findet den Grund darin, dass bei Erstgebärenden der Kopf tiefer tritt.

Die Frage, in welcher Zeit der Schwangerschaft die Albuminurie aufzutreten pflegt, ist dahin zu beantworten, dass Eiweiss fast durchweg nur am Ende der zweiten Schwangerschaftshälfte gefunden wird. In einem Falle (80) von Abortus im 3. Monat sind Abgang und Albuminurie aetiologisch auf die floride Lungenphthise zurückzuführen. Die früheste Urinuntersuchung fand im Falle 11 statt, wo die Gravida im 7. Monat nach vierwöchentlicher Albuminurie ungeheilt und unentbunden wieder entlassen wurde. Auch bei der Gravida im Falle 12, deren Albuminurie im neunten Schwangerschaftsmonat während einer Woche beobachtet wurde, erfolgte die Geburt nicht während der Erkrankung, sondern die Frau wurde als gesunde Gravida entlassen. In vielen der anderen Fälle fielen die Beobachtungen über das Auftreten der Albuminurie in die Zeit der letzten 14 Tage der Schwangerschaft, in den allermeisten aber auf den Tag der Geburt selbst oder den Tag vorher, weil eben sehr viele Frauen den letzten Moment abwarten und so nur als Kreissende zur Untersuchung kommen. L. Meyer konstatierte, dass die Albuminurie von der 20. Woche der Schwangerschaft an „ungefähr mit verhältnismässig derselben Häufigkeit" vorkomme, also nicht erst besonders am Ende der Gravidität. Trautenroth dagegen kommt zum gleichen Resultat mit unsern Untersuchungen, so zwar, dass von der 26. Woche an in etwa 45% der Fälle im Harn Eiweiss meist nur gering, in den letzten 10 Tagen vor der Geburt Albuminurie häufiger und stärker auftrete.

Die Stärke der Albuminurie ist sehr verschieden. Der Höchstgehalt des Urins an Eiweiss

wurde im Falle 28 beobachtet. Er betrug 16‰. Fellner beobachtete sogar 35‰. 1‰ Eiweiss (Essbach) und darüber kam überhaupt in 8 Fällen (24, 28, 30, 38, 72, 88, 91, 98) zur Beobachtung. Regelmässig ist es der Tag der Geburt selbst, entweder kurz vor oder nach derselben, an welchem die stärkste Eiweissausscheidung stattfindet. Nur Nr. 38 der Tabelle lässt das Auftreten des Maximums (14‰) 2 Wochen vor dem Partus erkennen mit successiver Abnahme des Eiweissgehaltes bis zu 4‰ am 4. Tage nach der Geburt. Es ist also wohl daraus zu schliessen, dass der Geburtsakt selbst den Grad der Albuminurie beeinflusst und dass wiederum ein Unterschied zwischen dem Grade der Albuminurie in der ersten und zweiten Geburtsperiode obwaltet (Winckel, Berichte und Studien 1874 Bd. I pag. 275 ff.).

Das gesetzmässige Ansteigen der ausgeschiedenen Eiweissmenge vor der Geburt macht gewöhnlich einer ebenso successiven Abnahme im Wochenbett Platz. 44 Frauen wurden entlassen ohne Eiweiss im Urin, 24 mit Spuren von Albumen. Bei 13 Patientinnen war bei der Entlassung die Albuminurie noch vorhanden, ebenfalls 13 kamen ad exitum; 6 wurden wegen Komplikationen in anderweitige Behandlung überwiesen; bei einer fehlt jegliche Angabe. Unter den 44 vollständig Genesenen wurde bei einer der Harn erst bei Beginn der 3. Woche eiweissfrei, bei 24 im Verlaufe der 2. Woche und bei 19 am Ende der 1. Woche nach der Geburt. Die meisten derjenigen Frauen, die mit mehr oder weniger starkem Eiweissgehalt entlassen wurden, traten am Ende der 1. Woche post partem gegen ärztlichen Rat auf eigene Verantwortung aus, teilweise allerdings in anderweitige ärztliche Behandlung. Nur bei zweien (11 und 72) war die Albuminurie auch

nach der 3. resp. 4. Woche noch nicht verschwunden. — Man kann also für den Verlauf der Albuminurie feststellen, dass sie für gewöhnlich in der 1. oder 2. Woche schwindet, in einzelnen Fällen aber einen mehr chronischen Verlauf nehmen kann.

Betrachten wir an der Hand unserer Tabelle die übrigen Zeichen, die für eine Nierenaffektion sprechen, so stehen an erster Stelle die Oedeme. Sie sind es vielfach, die zuerst die Aufmerksamkeit auf ein Nierenleiden hinlenken und die Urinuntersuchung veranlassen. Es drängt sich nun sofort die Frage auf, ob eine Beziehung besteht zwischen den Oedemen und der Albuminurie. Oedeme und Varikositäten der unteren Extremitäten und Labien kommen nämlich auch ohne Albuminurie vor in der Schwangerschaft, sind also von Veränderungen in den Nieren vollkommen unabhängig. Erstrecken sie sich aber auch auf andere Körperteile bezw. sind sie universell, so ist diese Veränderung stets auf Rechnung einer Nierenaffektion zu setzen. Fellner konnte eine Beziehung zwischen Oedemen und Albumen nicht feststellen, da er einerseits bei starken Oedemen nur Spuren von Eiweiss, anderseits keine Oedeme, aber massenhaft Eiweiss vorfand. Leyden dagegen kam zu dem Resultat, dass in der Regel die Anschwellung den Anfang mache und erst später die Albuminurie auftrete, so dass also jedenfalls ein Zusammenhang zwischen Oedem und Albuminurie bestehe. Wir haben uns also die Fragen vorzulegen 1. Wie oft ist die Albuminurie von Oedemen begleitet? 2. In welcher Zeit der Schwangerschaft treten die Oedeme auf? 3. Geht mit dem Stärkegrad der Oedeme ein solcher der Eiweissausscheidung Hand in Hand?

Die Tabelle zeigt, dass in 16 Fällen Oedeme überhaupt nicht vorhanden waren.

21 mal fehlen einschlägige Angaben. Dagegen ist die Albuminurie in 64 Fällen (= 63,4%) mit Oedemen kompliziert, teils mit universellen (36 mal), teils mit partiellen, besonders der unteren Extremitäten und Labien (28 mal). Was die Zeit des ersten Auftretens der Oedeme betrifft, so schwanken die Angaben der Frauen, auf die man allein angewiesen ist, sehr. Doch ist in der Tabelle kein Fall verzeichnet, bei dem Oedeme schon in der 1. Hälfte der Schwangerschaft aufgetreten wären. Zumeist ist es das Ende der zweiten Schwangerschaftshälfte, die Zeit zwischen einigen Monaten und mehreren Tagen vor der Geburt. Bei einigen Frauen wurden die Oedeme erst nach der Geburt resp. im Wochenbett konstatiert. Mit wenigen Ausnahmen (18, 21, 70) begannen die Schwellungen an den unteren Extremitäten oder an der Vulva, um sich erst späterhin und zwar besonders in den letzten Tagen vor der Geburt, auf andere Regionen auszubreiten oder sich auch nur zu verstärken. Es ist also in dieser Beziehung eine Uebereinstimmung mit dem Verlaufe der Albuminurie zu beobachten. Ob mit dem ersten Auftreten von Oedemen zugleich auch die Eiweissausscheidung begann, lässt sich bei der Durchmusterung der Tabelle nicht entscheiden. Jedenfalls waren da, wo Schwellungen gefunden wurden, dieselben jedesmal dann schon vorhanden, wenn die Albuminurie erkannt wurde. Es ist also kein Fall verzeichnet, wo bei positivem Ausfall der Eiweissreaktion Nichtödematöser erst nachträglich Schwellungen aufgetreten wären. Das allmähliche Anwachsen der Schwellungen vor der Geburt ist oft zu konstatieren; doch lassen sich in keinem dieser Fälle aus der Tabelle Belege für ein gleichzeitiges Ansteigen der Eiweissausscheidung erbringen. In den meisten Fällen, wo die Oedeme nach der Geburt stärker wurden,

wuchs die Eiweissausscheidung nicht in demselben Masse. Nur in Nr. 35 der Tabelle geht das Anwachsen der Oedeme im Wochenbett mit erhöhter Eiweissausscheidung einher. Dagegen ist im Falle 65, wo die Oedeme im Wochenbett sehr stark anwuchsen, eine Steigerung der Albuminurie nicht zu konstatieren, im Falle 59 sogar Abnahme der Eiweissausscheidung bei Zunahme der Oedeme. An der Hand des vorliegenden Materials lässt sich also eine Beziehung zwischen Oedem und Albuminurie nur für die Zeit des Auftretens derselben feststellen.

Eine weitere, sehr wichtige Begleiterscheinung der Albuminurie ist das Auftreten von Formelementen im Harn, insbesondere die Cylindrurie. Leop. Meyer fand unter 1138 Untersuchten fast ebenso viele Fälle von Albuminurie mit Cylindern (11,9%) als solche ohne Cylinder (12,4%). H. Fischer, der bei seinen Untersuchungen das Hauptgewicht auf die Sedimente legte, redet von einem „seltenen Vorkommen" der hyalinen, granulierten und Epithelzylinder, sowie der Erythrocyten in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Dagegen sei ein „häufiges Vorkommen" von Blasen- und Nierenbeckenepithelien und ein „regelmässiges Auftreten" von Leukocyten, isoliert oder Cylindern aufsitzend, zu konstatieren. Die erste Hälfte der Schwangerschaft hingegen sei stets frei von Formelementen. Bei unseren 101 Fällen von Albuminurie fand sich 50 mal Albuminurie mit Cylindern, 19 mal ohne Cylinder, bei 32 Fällen sind keine sicheren Angaben gemacht. Von diesen 50 Fällen mit Cylindrurie treffen 33 auf Erstgeschwängerte und 13 auf Mehrgeschwängerte, bei 4 Frauen ist die Zahl der Geburten nicht notiert. Wir sehen also, dass sowohl die Albuminurie an sich, als auch die Albuminurie mit Cylindern vor-

wiegend (etwa $^2/_3$ der Fälle) bei Erstgebärenden vorkommt. Auch L. Meyer ermittelte ein Ueberwiegen der Primiparen nach dieser Richtung hin. Meist trat die Cylindrurie erst im Verlaufe der Albuminurie auf und verschwand auch wieder vor derselben. Von den erwähnten 24 Frauen, die mit Spuren von Albumen entlassen wurden, hatten nur noch 4 (9, 49, 89, 91) Cylinder im Harn, und diese nur vereinzelt und im Zerfall begriffen. Unter den 13 Patientinnen, welche bei der Entlassung noch ziemlich reichliche Mengen von Eiweiss ausschieden, litten 5 noch an Cylindrurie und zwar meist noch stark, bei 4 fehlten Cylinder und bei 4 die Angaben im Wochenbettjournal.

Am häufigsten kommen die granulierten Cylinder vor; sie fehlen nur in fünfen von den 50 Fällen mit Cylindrurie. An zweiter Stelle kommen die hyalinen Cylinder, vielfach neben granulierten aufzufinden. Spärlicher schon werden die Epithelcylinder, die meist von zahlreichen freien Epithelien begleitet sind.. Nur in 6 Fällen wurden wachsartige Cylinder gefunden, teilweise neben hyalinen, in der Mehrzahl aber im Bereiche zahlreicher gekörnter und im Zerfall begriffener Cylinder.

Die häufigsten morphotischen Elemente, welche neben den Cylindern vorkommen, sind die Epithelien. Sie treten in einzelnen Fällen massenhaft auf, teils neben Epithelcylindern, teils vereinzelt; manchmal sind sie fettig degeneriert oder schon zu Zelldetritus zusammengeschmolzen. Die Epithelformen sind ganz verschieden. Dass sie aus den Nieren stammen, ist wohl nur dann sicher zu entscheiden, wenn sie neben Epithelcylindern auftreten. Im übrigen ist eine sichere Unterscheidung zwischen Epithelien der Niere und der ableitenden Harnwege (Nieren-

becken, Ureter und Harnblase) nicht möglich. — Etwas weniger häufig finden sich im Sedimente die Leukocyten, teils vereinzelt, teils in grossen Massen auftretend. Weit seltener dagegen lässt das Mikroskop rote Blutkörperchen erkennen.

Unter den 19 Fällen von Albuminurie ohne Cylinder ist 3 mal kein Sediment verzeichnet. Im Harn der 16 übrigen Frauen fanden sich 15 mal Leukocyten in wechselnder Menge, darunter 2 mal massenhaft Eiterkörperchen (39 und 62). Mit Ausnahme von 3 Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung stets das Vorhandensein von Epithelien verschiedener Art, in 2 Fällen nur von Plattenepithelien. Nur je einmal kamen Ziegelmehlsediment und Harnsäurekrystalle zur Beobachtung. Rote Blutkörperchen wurden 3 mal (13, 20, 84) neben weissen aufgefunden. Wir können demnach ein fast regelmässiges Vorkommen der Epithelien und Leukocyten sowohl bei Albuminurie mit Cylindern, als derjenigen ohne Cylinder feststellen.

Als seltenere Begleiterscheinung der Albuminurie ist das Auftreten von Zucker im Harn Schwangerer und Wöchnerinnen anzusehen. Blot (Gazette des hôp. civils et militaires 1856) hat zuerst auf diese Glykosurie hingewiesen, die Brücke (Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. Wien XXVIII und XXIX 1858) als eine Steigerung des normalerweise im Harn vorhandenen Zuckergehaltes ansieht. Andere, so Hempel („Die Glykosurie im Wochenbett": Archiv f. Gyn. 1875), erklärten dagegen die Glykosurie für einen Resorptionsdiabetes, der aus dem Brustdrüsensekret stamme. Im Gegensatz hiezu lehrte A. Payer („Ueber den Einfluss des Zuckers auf den Stoffwechsel der Schwangeren und auf den Geburtsverlauf": Monatschr. f. Geb. B. X), dass die As-

similationsgrenze für Traubenzucker in der Schwangerschaft herabgesetzt sei, so dass es sich also um eine alimentäre Glykosurie handle. Wie unsere Tabelle zeigt, wurde die Zuckerausscheidung in 17 Fällen festgestellt, 9 mal vor der Geburt und 8 mal im Wochenbett, in 2 Fällen sich auf Schwangerschaft und Wochenbett erstreckend. Ueber die Menge des ausgeschiedenen Zuckers gibt die Tabelle keine Auskunft. Nur soviel ist zu konstatieren, dass die Glykosurie nur in solchen Fällen von Albuminurie vorkommt, die mit Cylindrurie verbunden sind. Ebenso verhält es sich mit der Acetonurie. Aceton in grösserer Menge wurde 11 mal nachgewiesen, 6 mal in der Schwangerschaft und 5 mal im Wochenbett. Für beide, Glykosurie und Acetonurie, ist als Regel anzunehmen, dass sie kurz vor der Geburt auftreten bezw. wachsen und bald nach derselben wieder verschwinden bezw. abnehmen. v. Jaksch („Ueber Acetonurie und Diaceturie", Berlin 1885) hat übrigens gezeigt, dass Aceton in geringer Menge auch im normalen Harn vorkommt. Ein Einfluss auf den Verlauf der Geburt etc. ist weder bei der Glykosurie, noch bei der Acetonurie nachzuweisen.

Mit dem Auftreten von Oedemen machten sich in vielen Fällen noch andere Erscheinungen bemerkbar: Kopfschmerzen, Somnolenz, Benommenheit, Uebelkeit, Erbrechen und Unruhe. Es sind dies die sogenannten „leichten uraemischen Erscheinungen", die wir öfters für sich allein oder als Prodrome schwerer Komplikationen anamnestisch und objektiv aus den letzten Tagen der Schwangerschaft feststellen können. — Oder es treten vor, während oder nach der Geburt plötzlich die schwersten Erscheinungen auf, wie eklamptische Krampfanfälle, uraemisches

Koma und Amaurose. In Fall 10, 14, 67 und 88 z. B. gehen der Eklampsie derartige uraemische Prodrome voraus, zugleich mit partiellem oder universellem Oedem und Albuminurie mit oder ohne Cylinder. Auch die Urinmenge ist dabei manchmal verändert: vermehrt (17) oder vermindert (92). Wir sehen, dass in den meisten Fällen mit derartigen uraemischen Symptomen die Oedeme stark, meist sogar universell sind, dass die Albuminurie mässig bis stark und in den allermeisten Fällen mit Cylindrurie vereinigt ist. Die Erscheinungen der Uraemie schwinden alsbald nach der Geburt. In sehr vielen Fällen freilich spielen sie nur die Vorläufer der Eklampsie. Doch tritt diese auch plötzlich ohne Vorboten auf mit Krampfanfällen und Bewusstseinsverlust.

Eklampsie wurde unter den 101 Fällen der Tabelle 52 mal mit typischen Anfällen beobachtet. Bei 2 weiteren Frauen sind die Angaben unsicher; bei Fall 29 war der uraemisch-eklamptische Anfall offenbar noch mit Hysterie kompliziert. Wir hätten also, auf die 6093 Geburten berechnet, über 0,83% Eklampsie. Diese Zahlen haben aber nur bedingten Wert. Denn sehr viele Frauen kommen eben nur wegen der Eklampsie in klinische Beobachtung, so dass also kein allgemein gültiger Schluss über das Verhältnis zwischen Albuminurie und Eklampsie zu ziehen ist (vgl. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. III H. 2 1878 pag. 259: M. Hofmeier „Die Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft"). Nach Ingerslev dokumentiert sich dieses Verhältnis klinisch wie folgt: „1. Albuminurie ist in der Schwangerschaft kürzere oder längere Zeit vor der Eklampsie gefunden, 2. Gleichzeitig mit den eklamptischen Convulsionen zeigt die Harnuntersuchung, die nicht früher angestellt war, eine in der Regel bedeutende Albuminurie. 3. Vor den Convulsionen findet sich keine Albu-

minurie; nach ein, zwei oder mehreren Anfällen ist der Harn eiweisshaltig und in zunehmendem Grade mit der Zahl dieser. Und endlich 4. tritt Eklampsie auf, ohne dass der Harn Eiweiss enthält." Doch findet er auch meist bedeutende Mengen Albumen und konstant Cylinder. Nach unserer Tabelle war bei sämtlichen 54 Frauen mit Eklampsie Eiweiss nachzuweisen und zwar meist in beträchtlicher Menge. Nur wenige hatten bloss Spuren von Albumen im Harn. Kein einziger Fall von Eklampsie ist verzeichnet, der überhaupt ohne Albuminurie einherging. Fellner dagegen fand in 3 Fällen von Eklampsie kein Eiweiss. Dass die Menge des ausgeschiedenen Eiweisses mit der Zahl der Convulsionen wächst, konnten auch wir konstatieren. Nur in 2—3 Fällen (3?, 9, 35) ist die Albuminurie vor dem Ausbruch der Eklampsie notiert. Fast alle anderen Eklamptischen wurden im Anfall eingebracht, so dass die Urinuntersuchung also erst nachträglich gemacht werden konnte. Die Eiweissmenge war dann fast ausnahmslos beträchtlich (5—15‰). Entschieden ist das Auftreten unter der Geburt am häufigsten (22 mal = 40,7 %); in 16 Fällen fiel der Beginn der Eklampsie in die letzte Zeit der Schwangerschaft — der früheste Anfall wurde in der 2. Woche vor der Geburt beobachtet (33) —, bei 14 Frauen trat sie im Puerperium ein. Auch Fellner fand die Anfälle am häufigsten unter der Geburt (65,9 %, 11,1 % p. part., 33 mal a. part.). „Berücksichtigt man aber", so führt er aus, „die häufigen Geburten vor dem Ende der Schwangerschaft und die Schwierigkeit, nachträglich zu bestimmen, ob die Frau vor dem ersten Anfall gebärend war, so ist es wahrscheinlicher, dass die Eklampsie zumeist in der Schwangerschaft auftritt." Wie bei der Albuminurie überhaupt, so sehen wir auch bei der Eklampsie die Primiparen

am meisten betroffen. 32 waren Erstgebärende und 18 Mehrgebärende (60% : 36%), bei 4 Frauen ist die Geburtszahl nicht angegeben. Dieses bedeutende Ueberwiegen der Primiparen bei der Eklampsie hat allseits unbestrittene Anerkennung gefunden. Fellner fand 75%, Schauta 82%, Goldberg 86,4%, Knapp 71%, so dass wir mit 60% die niedrigste Zahl gefunden hätten.

Was das Alter der Eklamptischen anbelangt, so beobachteten wir die grösste Häufigkeit im 3. Dezennium (25 mal), darunter wieder am häufigsten die 21—27 Jährigen. Das Alter unter 20 Jahren und über 30 Jahren ist annähernd gleich beteiligt (10 : 12). Nur eine der Eklamptischen war über 40 Jahre alt. — Bei den 16 Fällen von Eklampsie, die in der Schwangerschaft auftraten, blieben 10 auf dieselbe beschränkt, 3 dauerten noch die Zeit der Geburt hindurch und 3 hörten auch nach Beendigung der Geburt noch nicht auf. Die Eklampsie unter der Geburt fand nach Beendigung derselben grösstenteils ihr Ende, nur einige Fälle zeigten auch noch puerperale Convulsionen. Gestorben sind 11 Eklamptische (20%), 6 im Wochenbett und 4 als Gravidae (1 unbestimmt). Unter den Gestorbenen waren 3 Mehr- und 6 Erstgebärende, 2 unbestimmt. Recidive der Eklampsie sind 3 mal notiert. In Fall 8 hatte die Frau eine Frühgeburt mit Eklampsie und eine Geburt mit Eklampsie durchgemacht. In der 3. Schwangerschaft traten 3 Tage vor der Geburt universelle Oedeme auf, reichlich Eiweiss mit Cylindern und ein leichter eklamptischer Anfall. Der 2. Fall (17) betraf eine 33 jährige IX p., die 4 Früh- und 4 Zangengeburten mitgemacht hatte. Bei den zwei letzten litt sie angeblich an Krämpfen und war zeitweise bewusstlos. Unter der 9. Geburt wurde 1 Anfall mit Bewusstseinsverlust beobachtet. Im 3. Fall (66) handelte es sich um eine Zweitgebärende. Der 1. Partus fand spontan 1899

statt, im Puerperium traten zahlreiche eklamptische Anfälle auf. Nach einer beschwerdefreien 2. Gravidität 1901/02 setzte die Eklampsie unter der Geburt wiederum ein, ohne allerdings ins Wochenbett fortzudauern. Bei allen drei Recidiven war der Verlauf ein milder.

Jede mit den gewöhnlichen Methoden sicher nachweisbare, anhaltende Eiweissausscheidung durch den Harn ist als etwas Pathologisches zu betrachten (Strümpell, Pathol. u. Therap.). Die Albuminurie ist das häufigste Symptom einer Nierenerkrankung, das in vielen Fällen schon allein mit völliger Bestimmtheit die Diagnose eines Nierenleidens ermöglicht. Nur muss vorher entschieden werden, ob die Albuminurie eine renale, sog. echte, ist, wobei der Harn schon eiweisshaltig in den Nieren secerniert wird, oder eine unechte, wobei dem eiweissfrei secernierten Harn das Eiweiss erst später entweder in den Nieren oder aber in den Harnwegen beigemischt wird. Die Entscheidung hierüber ist nicht immer ganz leicht. Doch gelingt sie meist durch das Auffinden der Harncylinder, die als „Boten der Vorgänge in den Nieren" für das Bestehen einer Nierenkrankheit unzweideutig sprechen. Albuminurie und Sedimente müssen also im Verein mit den Oedemen und den übrigen erwähnten Begleiterscheinungen die Diagnose der Art der Nierenaffektion stellen lassen.

Wir hatten unter den registrierten 101 Fällen 50 mal Albuminurie mit Cylindern gefunden. Die Cylinder weisen auf renale Albuminurie hin. Im Fall 38 ist, da die Frau seit der 1. Geburt an chronischem Blasenkatarrh leidet, mit Sicherheit auf eine gemischte Albuminurie zu erkennen, was sich unter anderem auch aus dem hohen Eiweissgehalt bekundet. Albuminurie mit Cylindern spricht

für Nephritis. Von den 50 Fällen von Albuminurie mit Cylindern gehen 17 mit meist starken universellen Oedemen einher. Nun werden aber starke universelle Oedeme ohne schwere Nierenerkrankung niemals gefunden. Unter den 32 Fällen, bei denen die Sedimente nicht verzeichnet sind, finden sich universelle Oedeme 14 mal und unter den 19 Albuminurieen ohne Cylinder 5 mal. Zudem besteht, wie oben erwähnt, das Sediment bei den Fällen von Albuminurie mit Cylindern mit Ausnahme von fünf aus mehr oder minder zahlreichen granulierten Cylindern, wobei besonders diejenigen mit universellem Oedem stark beteiligt sind. Neben den granulierten Cylindern finden sich noch in 6 Fällen Wachscylinder, die als „metamorphosierte Cylinder" (Fürbringer) auf eine schwere Erkrankung der Nieren hinweisen. Die 16 Fälle mit Epithelcylinder im Sediment enthalten daneben alle auch granulierte Cylinder, ebenso die 23 Fälle mit hyalinen Cylindern (ausgenommen 4 und 48). Wir haben es also bei 50 + 14 = 64 Frauen ziemlich sicher und bei 5 Frauen höchstwahrscheinlich mit Schwangerschaftsnephritis zu tun.

Von diesen Nephritiden kamen 13 ad exitum. Die anatomischen Diagnosen bei 8 secierten Leichen lauteten: Akute parenchymatöse Nephritis, II. Stadium (5), Hochgradige Schwangerschaftsniere (19), subakute parenchymatöse Nephritis (52), grosse gelbe Niere (Schwangerschaftsniere) (61), akute haemorrhagische parenchymatöse Nephritis (63), akute parenchymatöse Degeneration beider Nieren (65), parenchymatöse Nephritis (77) und chronische interstitielle Nephritis (granulierte Niere (78). — Nun fällt bei diesen Diagnosen sofort auf, dass bei Fall 19 die anatomische Diagnose „Schwangerschaftsniere" lautet, während wir doch entsprechend dem hohen Eiweissgehalt

und dem universellen Oedem eine Schwangerschaftsnephritis zu erwarten hatten. Hierzu ist nun erstlich zu bemerken, dass als wichtige Komplikation ein Vitium cordis, nämlich eine incompensierte Mitralinsuffizienz vorlag, wegen derer die Frau schon mehrmals in Krankenhausbehandlung stand. Oedeme und vielleicht auch Albuminurie können also von der Herzinsuffizienz beeinflusst gewesen sein. Zum zweiten ist festzustellen, dass bei der Formulierung der anatomischen und klinischen Diagnose offenbar kein prinzipieller Unterschied zwischen Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis gemacht wurde; denn bei Fall 61 sind beide Bezeichnungen für ein und denselben Befund gebraucht. Drittens ist in demselben Wochenbettjournal zu lesen, dass die betreffende Wöchnerin wegen „Nephritis", Herzinsuffizienz etc. ins Krankenhaus verlegt worden und dort gestorben sei. Die Grenzen zwischen Schwangerschaftsniere und -nephritis sind eben vielfach kaum festzustellen. Darum kam auch Trautenroth bei seinen Untersuchungen im Gegensatz zu Fischer zu dem Resultat, dass die Einteilung in Schwangerschaftsniere und -nephritis prinzipiell zu verwerfen sei. Die fettige Degeneration der Epithelien wird ganz übereinstimmend als das Wesentliche bei diesen Nierenaffektionen zugegeben (Winckel's Handbuch der Geburtshilfe).

Aus den anatomischen Diagnosen ist weiterhin zu ersehen, dass es sich in 7 von 8 Fällen um parenchymatöse Veränderungen meist akuter Natur handelte, und dass nur 1 Fall das Bild der chronischen interstitiellen Nephritis zeigte. Leider ist gerade bei diesem mit Eklampsie komplizierten Fall die Urinuntersuchung nicht möglich gewesen, so dass Schlüsse über das Verhalten der Cylinder und der übrigen Formelemente nicht zu ziehen

sind. Auch die Anamnese gibt keinen Aufschluss über die Dauer und die Symptome der chronischen Nierenerkrankung. Die anatomischen Veränderungen der Nieren in den übrigen Fällen waren also akuter oder subakuter Natur. Akut oder subakut ist auch der klinische Verlauf der nicht letal verlaufenden Fälle. Hofmeier hat danach zwei Formen der Schwangerschaftsnephritis unterschieden, nämlich eine akut verlaufende mit günstiger Prognose und eine mehr chronische Form mit dem für akute Nephritis gewöhnlichen Ausgang. Auch wir haben ja, wie bei dem Verlauf der Albuminurie bereits erwähnt, neben rasch verlaufenden Fällen solche protrahierten Verlaufes gesehen. Wir sehen bei diesen protrahierten Fällen eine nur unbedeutende Aenderung in den Sedimenten: Die granulierten Cylinder werden reichlicher, es treten daneben hyaline und besonders wachsartige Cylinder auf neben viel freiem Fett. Im übrigen muss ich mich auf das Citieren der Worte Hofmeier's beschränken: „Nun ist es aber einerseits sehr schwer, sich aus Krankengeschichten, die nicht immer mit Berücksichtigung dieser Punkte geführt sind, ein überzeugendes Bild des weiteren Verlaufes zu machen, anderseits wurden die Wöchnerinnen, wenn nicht weitere puerperale Prozesse hinzutraten, oft am 10. bis 12. Tage entlassen, entzogen sich somit der Beobachtung." Aus diesem Grunde ist es auch sehr schwer anzugeben, ob und welche Fälle von Schwangerschaftsnephritis in chronische Nephritis übergingen. In Fall 11 und 72 war die Albuminurie auch nach der 3. bezw. 4. Woche noch nicht verschwunden. Ebenso ergab die Untersuchung auf Oedeme und Sedimente denselben Befund wie am Anfange der Erkrankung, d. h. eher noch eine Steigerung desselben. Hier wäre man also berechtigt, einen solchen Uebergang in ein chroni-

sches Nierenleiden anzunehmen. Als Ursache des langsamen Verlaufes ist wohl im Fall 72 das komplizierende Fieber infolge der gonorrhoischen Parametritis anzusehen, ein Einfluss, auf den auch Trautenroth hinweist.

Betrachten wir den Verlauf bei den übrigen Fällen, die mit Fieber, Herzfehler etc. kompliziert sind, so finden wir auch hier in der Regel einen verzögerten Ablauf sämtlicher Symptome der Schwangerschaftsnephritis. So war z. B. der Fall 38 mit einer chronischen Cystitis kompliziert. Bei der Entlassung der Frau in der 3. Woche fanden sich im Harn noch 4‰ Eiweiss und vereinzelte Cylinder. Ganz ähnlich verlief der Fall 75 mit Parametritis. Fall 6 und 19, wo ein Vitium cordis vorlag, mussten zur Weiterbehandlung ins Krankenhaus verlegt werden. Hingegen zeigen zwei andere Komplikationen mit Herzfehlern (42 und 54) einen normalen Verlauf der Krankheitserscheinungen. Eine Schwangerschaftsstruma bei Nephritis beobachteten wir nur 1 mal und zwar im Fall 17 mit der recidivierenden Eklampsie. — Recidivierende Nephritis ohne Eklampsie ist übrigens nirgends verzeichnet.

Interessant ist auch das Vorkommen der haemorrhagischen Diathese bei der Nephritis. In Fall 2 der Tabelle ist das Auftreten zahlreicher Haemorrhagien der Haut bei der Wöchnerin notiert. Analog verhält sich auch der erste Fall Winter's mit vorzeitiger Placentarlösung, wo über den ganzen Körper zerstreut Petechien von verschiedener Grösse auftraten. Winter schliesst: „Neigung zu Blutungen überhaupt gehört in das Symptomenbild einer jeden Nephritis, auch der akuten."

Den zahlreichen Fällen von Schwangerschaftsnephritis stehen in der Minderzahl diejenigen von Schwangerschaftsniere gegenüber. Wir

bezeichnen als solche also einen Symptomenkomplex, bei dem Albuminurie ohne Cylindrurie kurze Zeit vor oder unter der Geburt auftritt und alsbald nach derselben wieder verschwindet. Die eventuell dabei auftretenden Oedeme sind nicht universell, sondern nur partiell; sie können aber trotzdem sehr stark sein. Wir hatten 19 Fälle von Albuminurie ohne Cylinder notiert, wovon aber 5 wegen universellen Oedemen in Abzug kamen. Es bleiben also für die Schwangerschaftsniere noch 14 Fälle übrig, an welche sich noch 18 von den 32 Fällen anschliessen lassen, bei denen keine Notizen betr. Sedimente gemacht sind. Die Albuminurie tritt am häufigsten am Tage vor oder unter der Geburt auf, bewegt sich etwa zwischen 1‰ und 7‰ und verschwindet in den meisten Fällen 2—3 Tage post partum.

Eklampsie begleitete die Schwangerschaftsniere bei 12 Frauen. Gewöhnlich dauerte dann die Albuminurie etwas länger, 1—2 Wochen. Oedeme waren in 7 Fällen nur andeutungsweise, in 8 überhaupt nicht vorhanden; bei den übrigen 17 Frauen beschränkten sie sich meist auf die Knöchel oder Unterschenkel, selten auf Gesicht und Bauchdecken. Was die Sedimente betrifft, so sind 18 mal keine Angaben über deren Vorhandensein gemacht, bei dem Rest herrschen Epithelien und Leukocyten vor. Die Epithelien sind in vielen Fällen Plattenepithelien, manchmal von Schleimkörperchen begleitet. Da Cylinder fehlen, so ist für diese Fälle die Annahme berechtigt, die Albuminurie für eine sogenannte „unechte" zu halten. Denn die Plattenepithelien stammen wohl der Hauptsache nach aus der Blase. Von den übrigen Epithelien, besonders den Uebergangsepithelien lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, aus welchem Teil der ableitenden Harnwege sie stammen. Trautenroth, der besonders dieser unechten Albu-

minurie in der Schwangerschaft das Wort spricht, kommt zu dem Resultat, „dass Vermehrung der Epithelien im Harnsediment zurückzuführen ist auf eine stärkere Desquamation derselben in den ableitenden Harnwegen, vornehmlich in der Blase."

Primiparae und Multiparae sind bei Schwangerschaftsniere in gleicher Zahl betroffen.

Keine einzige der Frauen mit Schwangerschaftsniere kam ad exitum.

Es wäre nun noch festzustellen, welchen Einfluss lange Geburtsdauer, Missverhältnis zwischen Becken und Frucht, Zwillingsschwangerschaft und Hydramnion auf die Albuminurie und deren Begleiterscheinungen haben.

Hydramnios wurden bei 8 Schwangeren mit Albuminurie diagnostiziert. 4 waren Primiparae und ebenfalls 4 Multiparae. Je ein Fall ging mit Eklampsie und Vitium cordis, 2 Fälle mit Zwillingsschwangerschaft einher. Die Albuminurie erreichte meist einen hohen Grad (bis zu 15‰). Die Oedeme waren fast durchweg universell und stark. Bei 6 Fällen fehlen Angaben bezüglich der Sedimente, bei 2 fanden sich Cylinder im reichlichen Sediment. Letal verlief der mit Eklampsie und Zwillingen komplizierte Fall. In den übrigen Fällen verschwand die Albuminurie mit ihren Folgeerscheinungen in der 1. Woche post partum.

Zwillinge wurden von 5 Frauen geboren. Es waren mit 1 Ausnahme erstgebärende Mütter. Bei langer Geburtsdauer war der Eiweissgehalt meist hoch (7‰—15‰), die Oedeme wechselnd. Cylinder waren 3 mal vorhanden, 2 mal nicht notiert. Der Ablauf sämtlicher Erscheinungen zeigte keine Besonderheiten.

Nur eine zum 2. Male gebärende Frau (83) hatte ein enges Becken. Es handelte sich um

ein plattes, rhachitisches Becken. Ob Oedeme vorhanden waren, ist nicht angegeben. Die Albuminurie war mässig, im reichlichen Sediment fanden sich viele Cylinder. Der Verlauf der Nierensymptome war derselbe wie bei regelmässig beschaffenem Becken.

Abnorm grosse Früchte wurden in 4 Fällen geboren. Die Geburtsdauer war stets eine lange. Die Entbindungen mussten alle künstlich gemacht werden. Im ersten Fall (25) lag bei der XI p. noch Hydramnion vor. Die Frucht, gewendet und extrahiert, war 53,5 cm lang und 3700 g schwer. Die mässige Albuminurie war von universellen, starken Oedemen begleitet. Der Verlauf zeigte keine Regelwidrigkeiten. Im zweiten Fall (30) handelte es sich um eine Erstgeschwängerte. Eiweissgehalt und Zahl der Cylinder waren sehr gross (10‰), die Entbindung erfolgte durch die Zange, die Mutter starb. Noch grösser war die Frucht im Falle 36 bei einer Erstgebärenden mit Oedem der unteren Extremitäten und mässiger Albuminurie. Nach 32 stündiger Geburtsdauer wurde mittelst Torceps ein Kind von 56 cm Länge und 4000 g Schwere extrahiert. — Das bedeutendste räumliche Missverhältnis waltete aber in dem oben erwähnten Fall 83. Bei platt rachitischem engen Becken wog das nach Perforation und Kranioklasie geborene Kind ohne Blut und Gehirn 3340 g bei einer Länge von 57 cm. Oedeme sind nicht notiert, die Albuminurie war mässig stark, begleitet von massenhaften Cylindern im reichlichen Sediment.

Fast alle diese Fälle haben das Gemeinsame einer langen Geburtsdauer. Wir sehen, dass gerade unter der Geburt die Eiweissausscheidung regelmässig eine vermehrte und ein reichliches Sediment mit Cylindern vorhanden ist. Wir können uns also den Worten Ingerslevs mit Fug und Recht anschliessen: „Die Gültigkeit der Aussage

Winckel's, dass alle Verhältnisse, die eine protrahierte Geburtsarbeit bedingen: ungünstige Kopfstellungen, räumliches Missverhältnis etc. einen kennbaren Einfluss auf die Albuminurie während der Geburt haben, ging aus den Untersuchungen deutlich hervor."

Bei Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Albuminurie, Placentarerkrankung und Fruchttod haben wir uns zuerst die Frage zu beantworten, in welchen Fällen die Geburt nicht rechtzeitig eingetreten ist. Insgesamt wurden 87 Früchte geboren. Davon waren 49 ausgetragen, während 38 (= 43,%) frühreif zur Welt kamen. Im Falle 80 handelte es sich bei einer Phthisischen mit Schwangerschaftsnephritis um einen Abortus im 3. Monat, bei dem eine Frucht von 8 cm Länge ausgestossen wurde. In je 2 Fällen von Nephritis fand partus immaturus im 6. und 7. Monat statt. In der grössten Mehrzahl aber kamen die Frauen am Ende des 8. (9 mal), im 9. (16 mal) und Anfang des 10. (8 mal) Schwangerschaftsmonates zur Geburt. 22 Früchte wurden tot geboren, darunter 6 in verschiedenen Stadien der Maceration begriffen, 3 totenstarr. Von 65 bei der Geburt lebenden Früchten waren 14 überhaupt nicht lebensfähig oder starben bald nach der Geburt, so dass also unter den 87 Früchten nur 51 wirklich lebensfähig waren. Die Gesamtmortalität der Kinder betrug demnach 42%. Ausserdem waren 4 der lebenden Kinder mehr oder weniger hydropisch und ihr Gedeihen ein entsprechend schlechtes. In Fall 34, der mit Hydramnion kompliziert war, zeigte die Mutter vor der Geburt ziemlich starke universelle Oedeme, die sich in den ersten Tagen des Wochenbetts noch steigerten. Die sonst reife Frucht war an den unteren Extremitäten bis

hinauf zur Kniekehle oedematös und livide verfärbt. Bei den übrigen Früchten handelte es sich um Oedeme der Beine, der Vulva oder des Scrotums.

Dass das frühzeitige Absterben der Frucht bei Nephritis habituell sein kann, beweist der Fall Nr. 8. Die III p. hatte bereits eine Frühgeburt mit Eklampsie, einen Partus mit Eklampsie und nicht ausgetragenem, totem Kind durchgemacht. Bei der 3. Geburt trat mit der Nephritis wiederum ein leichter eklamptischer Anfall auf; das Kind entsprach im Alter dem VII.—VIII. Schwangerschaftsmonat; die Maceration hatte begonnen. Aehnlich verhält es sich mit Fall 21: Beim ersten Partus wurde eine tote, $5^1/_2$ Monate alte Frucht geboren. Die zweite Schwangerschaft, mit Hydramnion kompliziert, endete mit der Geburt eines unreifen, nicht lebensfähigen Kindes.

Es frägt sich nun, worin die Ursache des frühzeitigen Geburtseintrittes und des Absterbens der Früchte zu suchen ist. Lues kommt ätiologisch in unseren Fällen nicht in Betracht; denn sie wurde laut Tabelle nur in 2 Fällen von Albuminurie mit Sicherheit festgestellt. Dabei war in Fall 27 das Kind ausgetragen und lebte, ohne Zeichen hereditärer Lues aufzuweisen. Im andern Fall (76) freilich handelte es sich um einen Partus immaturus IX. mensis. Die Frucht lebte, war aber nicht lebensfähig und wies sowohl äusserlich, wie innerlich Zeichen der angeborenen Syphilis auf. Auch hier weist die Anamnese auf habituelles Absterben der Frucht hin. Das Gewebe der Placenta war brüchig und an manchen Stellen graurot verfärbt.

Durch die früheren Untersuchungsreihen wurde als die häufigste Ursache für das Auftreten der Frühgeburt neben der Syphilis die Nephritis angeschuldigt. Die Nephritis verursache

resp. prädisponiere zu gewissen Placentarveränderungen und diese wiederum führten den vorzeitigen Fruchttod herbei. Die Vertreter dieser Anschauung waren, wie oben erwähnt, vor allem Winter, Fehling, Wiedow und Cohn; ein wenn auch nicht ganz entschiedener Gegner L. Meyer. Doch auch bei anderen Autoren finden sich schon einschlägige Beobachtungen. So führt Wiedow unter anderem eine Observation Winckels an (Klin. Beob. zur Pathol. d. Geb. S. 261 Fall 4): „Erstgebärende am Ende der Gravidität. Eklampsie. Kind tot. Placenta 1 Pfd., in den peripheren Cotyledonen einige ältere Coagula, in dem dicksten Lappen ein taubeneigrosser Bluterguss. Zahlreiche kleinere Extravasate in der Decidua und den kleineren Lappen. Zahlreiche verfettete Stellen. Rasche Genesung und Verschwinden des Eiweisses im Wochenbett." Die Placentarveränderungen führten zur Verkleinerung der kindlichen Atmungsfläche und dadurch zum vorzeitigen Absterben der Frucht. Es ist hier nicht der Platz, auf die Streitfrage näher einzugehen, welcher Art die anatomischen Vorgänge bei diesen Veränderungen, besonders beim Infarkte, sind. Die Arbeiten von Wiedow und Cohn geben darüber nähere Auskunft; ferner die von Fuoss „Beiträge zur pathol. Anatomie d. Placenta. Veränderungen bei Syphilis und Nephritis". Inaug.-Diss. Tübingen 1888.

Wir fanden Placentarveränderungen nicht in so ausgiebiger Zahl vor, als man annehmen sollte. Die Placenten sind eben nicht speziell mit Berücksichtigung dieser Punkte untersucht worden. Als allerhäufigste Veränderung der Placenta fanden sich die fibrösen Schwarten vor. Sie sassen in den meisten Fällen am Rande, teilweise aber auch in der Mitte. Am stärksten ausgeprägt war diese Veränderung im Falle 89: Die Placenta zeigte sich

an der maternen Fläche von zahlreichen, dicken fibrösen Schwarten überzogen. Albuminurie und Cylindrurie waren stark gewesen, die Geburt mit Eklampsie kompliziert, die Frucht vorzeitig und tot geboren. Es ist evident, dass hier durch die fibrös-schwartige Degeneration des Placentargewebes eine Einschränkung der kindlichen Atmungsfläche erzeugt und so der Tod der Frucht herbeigeführt wurde. — Auch im Fall 91, der mit Nephritis, Eklampsie und Partus immaturus einherging, war die anaemische Placenta hart und schwartig anzufühlen. Daneben fanden sich aber noch zahlreiche Apoplexien im Gewebe des Mutterkuchens. Derartige Blutergüsse durchsetzten auch in mehreren anderen Fällen das Placentargewebe, so z. B. 2 von Walnussgrösse im Fall 63, wobei die Eklamptische erlag (vor der Geburt) und die anatomische Diagnose „akute haemorrhagische parenchymatöse Nephritis" lautete. Auch speckiges, offenbar fettig degeneriertes Gewebe, manchmal von Blutcoagula durchsetzt, fand sich gerade bei solchen Fällen, wo die nephritischen Symptome sehr stark, der Partus vorzeitig und die Frucht tot resp. lebensunfähig war (20, 21, 44).

Als eine schwere und häufige Begleiterscheinung der Nephritis wird von anderen Autoren (Winter, Fellner) die vorzeitige Placentarlösung angegeben. Sie manifestiert sich gewöhnlich durch äussere Blutungen vor der Geburt. Doch können dieselben, wie Winter betont, durch den Gegendruck eines Hydramnions verhindert werden. Die vorzeitige Lösung, welche Ursache des Fruchttodes und der Frühgeburt werden kann, beobachteten wir nur wenigemale. Bei Fall 22 richtete sich vor der Geburt der Uterus spitz auf (vgl. Winters 3 Fälle) durch ein, wie sich nachher zeigte, starkes retroplacentares Haematom. Zur Blutung kam es nicht, weil die

Ränder der Placenta bis nach der Geburt fest an der Uteruswand hafteten. Das ausgetragene Kind litt keinen Schaden. Dagegen wurde ein totenstarres, frühreifes Kind von einer Eklamptischen geboren im Falle 44, wo dann die Placenta ebenfalls an der maternen Fläche besonders central zahlreiche ältere Blutcoagula aufwies. Eine Blutung aus den Genitalien wurde nicht konstatiert. Umgekehrt wurde mehrmaliger Blutabgang vor der Geburt im Falle 32 beobachtet. Der Foetus, 8—9 Monate alt, war tot und maceriert. Leider enthält die Tabelle keine näheren Angaben über die Placenta. Eine äussere Genitalblutung wurde schliesslich auch im obigen Fall 63 mit den zwei walnussgrossen Apoplexieen beobachtet. Die Erklärung dazu gab der Befund in der Placenta: Am Rande derselben waren die Eihäute in grosser Ausdehnung durch ein Haematom abgelöst. —

Placentae marginatae sind nur 2mal notiert, das eine Mal bei Eklampsie mit letalem Ausgang (grosse, gelbe Niere), das andere Mal bei Nephritis und Frühgeburt im 8.—9. Monat. Von all diesen Placentarerkrankungen lässt sich nach unseren Untersuchungen nicht sagen, ob sie von der Nephritis verursacht sind und ihrerseits die Frühgeburt veranlasst haben. Denn Beobachtungen in so geringer Zahl lassen keinen zwingenden Schluss zu. Aber mit Sicherheit lässt sich soviel sagen, dass die Veränderungen sich nur in solchen Fällen fanden, wo besonders starke nephritische Zeichen vermerkt sind. So verhält es sich auch mit zweien von den 4 beobachteten Infarkten: Eine Placenta mit einem grossen Infarkt am Rande fand sich bei der chronischen interstitiellen Nephritis mit Eklampsie (79), eine andere, bei der die Cotyledonen grossenteils von gelber Farbe waren, bei Nephritis und frühreifem, nicht lebensfähigem Kind (74). Hierbei war die Placenta ausserdem am

Rande stellenweise kaum $^1/_2$ cm dick, während sonst der Dickendurchmesser bis zu 3,5 cm betrug. In den beiden anderen Fällen dagegen (64 und 68), bei denen multiple Infarkte bis zu Pfenniggrösse vorhanden waren, kamen die Frauen zum rechtzeitigen Ende der Geburt, und die Kinder waren ausgetragen und lebensfähig. Die nephritischen Symptome waren hier sehr geringfügig. Ob man also einen causalen Zusammenhang zwischen Placentarinfarkten und Fruchttod annehmen oder das Zusammentreffen dieser Symptomenkomplexe als etwas mehr Zufälliges betrachten soll, kann bei der so geringen Zahl der Beobachtungen nicht entschieden werden. Zur Entscheidung dieser Frage müssten eben die Placenten bei sämtlichen Geburten sowohl gesunder, als kranker Frauen auf das Vorkommen von Infarkten untersucht werden.

Bei der Schwangerschaftsniere und -nephritis, soweit sie nicht mit Eklampsie verbunden sind, ist die Prognose für die Mutter eine relativ günstige. Wir haben nur 2 Fälle, in denen der Verlauf der Nierenerkrankung ein chronischer wurde. Die Mortalität der Mütter ist gering. Die beiden letalen Ausgänge sind durch komplizierende schwere Krankheiten (Vitium cordis und Pneumonie) bedingt. Wegen bedrohlicher Erscheinungen wurde in keinem Falle operiert.

Betreffs der Kinder ist die Prognose deshalb getrübter, weil es öfters zur frühzeitigen Geburt kommt und die Kinder tot oder als nicht vollständig reif widerstandsunfähig zur Welt kommen. Die Mortalität der Kinder in unseren Fällen ohne Eklampsie beträgt 8 von 47 = 17%.

Sind dagegen die nephritischen Symptome mit Eklampsie kombiniert, so wird die Prognose, besonders für die Mutter, ungleich infauster. 11 von 54 Eklamptischen sind gestorben = 20%.

Von den 54 Geburten der Eklamptischen gingen 17 spontan; hierbei betrug die Mortalität der Mütter = 1 = 6%, die der Kinder = 1 = 41%. 23 Geburten wurden operativ behandelt. Dabei war die Mortalität der Mütter 22%, die der Kinder 35%. Die Gesamtmortalität der Kinder bei Eklampsie beträgt also 37,5%. — Die Erweiterung des Muttermundes wurde in 8 Fällen gemacht (1 Frau †), und zwar stets durch Einlegen des Kolpeurynters bezw. Metreurynters. Die Zange wurde 10 mal angelegt (2 Frauen †). 7 mal wurde gewendet und extrahiert (3 Frauen †), bei 1 Frau wurde die Sectio caesarea in mortua vorgenommen (Kind †). — Der höhere Prozentsatz der Mortalität bei operativem Eingreifen erklärt sich daraus, dass es gerade die schwersten Fälle sind, die eine operative Entbindung erfordern.

Die Therapie der Schwangerschaftsniere und -nephritis bestand, so lange keine bedrohlichen Erscheinungen auftraten, in Bettruhe und Milchdiät. Zeigten sich aber Somnolenz, Unruhe etc., so kamen daneben therapeutisch noch heisse Bäder und Einpackungen zur Diaphorese hinzu, eventuell bei drohender Eklampsie Chloralhydrat und Chloroform. Der eklamptische Anfall wurde durch Chloralhydrat (gewöhnlich 1—2 g per rectum) und Chloroforminhalationen koupiert und die Therapie der Nephritis angeschlossen.

Zum Schlusse komme ich der angenehmen Pflicht nach, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. v. Winckel, für die liebenswürdige Ueberlassung des klinischen Materials und Uebernahme des Referates, sowie Herrn Privatdozent Dr. Ludw. Seitz für die zu dieser Arbeit gegebene Anregung und Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Aufrecht, „Ueber das Auftreten von Eiweiss im Harn infolge des Geburtsaktes". Zentralblatt für klin. Medizin 1893 No. 22.
2. Baruch, „Beiträge zur Lehre der Schwangerschaftsniere". Inaug.-Diss. Strassburg 1890.
3. Behm, Monatsschrift f. Gebkde. Bd. 18 Suppl.
4. Blot, Gazette des hôp. civils et militaires 1856.
5. Brücke, Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wissenschaften. Wien 1858.
6. Cohn, E., „Ueber d. Absterben des Foetus bei Nephritis der Mutter". Zentralbl. f. Gyn. No. 50, 1887.
7. — „Ueber d. Absterben des Foetus bei Nephritis der Mutter". Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XIV, H. 2, 1888.
8. Fehling, „Ueber hab. Absterben d. Frucht bei Nierenerkrankg. d. Mutter". Archiv f. Gyn. XXVII, H. 2, 1885.
9. — „Weitere Beiträge zur klin. Bedeutg. der Nephritis in der Schwangerschaft". Arch. f. Gyn. XXXIX, H. 3, 1894.
10. Fellner, „Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett". 1903. Wien.
11. Fischer, „Ueber Schwangerschaftsniere u. Schwangerschaftsnephritis". Archiv f. Gyn. XLIV, 1893.
12. Fuoss, „Beiträge zur path. Anatomie der Placenta-Veränderungen bei Syphilis und Nephritis". Inaug.-Diss. Tübingen 1888.
13. Hempel, „Die Glykosurie im Wochenbett", citiert nach Fellner.
14. Hofmeier, „Die Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. III, H. 2. 1878.
15. Jacksch, v., „Ueber Acetonurie u. Diaceturie". Berlin 1885. Citiert nach Fellner.
16. Ingerslev, „Beitrag zur Albuminurie während der Schwangerschaft, der Geburt u. d. Eklampsie". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI, H. 2.
17. Leube, v., „Ueber physiol. Albuminurie". Verhandlg. d. Ges. deutsch. Naturf. u. Aerzte. Karlsbad 1902, I.

18. Meyer, L., „Zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft u. bei d. Geburt". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XVI, H. 2, 1889.
19. — „Ueber Albuminurie bei der mit Zwillingen, Hydramnions, engem Becken od. Syphilis kompl. Schwangerschaft u. Geburt". Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XVII, H. 1, 1889.
20. — „Ueber das Verhältnis zw. Nierenleiden, weissen Infarkten u. habit. Absterben der Frucht". Zentralbl. für Gyn. No. 15. 1891.
21. Payer, A., „Ueber d. Einfluss des Zuckers auf d. Stoffwechsel der Schwangeren u. auf d. Geburtsverlauf." Monatsschr. f. Geb. Bd. X.
22. Strümpell, Patholog. u. Therap. 1900.
23. Trautennoth, „Klin. Untersuchungen u. Studien über d. Verhalten d. Harnorgane, insbesondere der Nieren, in Schwangerschaft, Geb. u. Wochenbett". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXX, 1894.
24. Wiedow, „Ueber d. Zusammenhang zw. Albuminurie u. Placentarerkrankung". Zeitschr. f. Geb. u Gyn. XIV, 1888.
25. Winckel, „Die Albuminurie bei Kreissenden und die Eklampsie". Berichte und Studien 1874 Bd. I.
26. — Klin. Beob. zur Pathol. d. Geb.
27. — Handbuch der Geburtshilfe, Bd. I, 1. Hälfte.
28. Winter, „Zur Lehre von der vorz. Plazentarlösung bei Nephritis". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XI, H. 2. 1885.
29. Wippermann, „Untersuchungen über d. Gewichtsverhältnis zw. Foetus u. Placenta bei Albuminurie in der Schwangerschaft". Archiv f. Gyn. LVII, H. 3, 1899.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, der approbierte Arzt Fritz Baumann, katholischer Konfession, wurde am 9. September 1877 zu Donaueschingen in Baden geboren. Seine gymnasiale Ausbildung erhielt er auf dem Progymnasium seiner Vaterstadt und am Gymnasium zu Konstanz, das er im Herbst 1898 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Nach anfänglich philosophischen Studien wandte er sich dem Studium der Medizin zu und bestand im Februar 1901 die ärztliche Vorprüfung zu Heidelberg. Zur klinischen Ausbildung besuchte er noch die Universitäten Kiel und München, woselbst er März 1904 das medizinische Staatsexamen bestand. Bis zur Promotion beschäftigte er sich als Volontärarzt an der paediatr. und otiatr. Poliklinik zu München.

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme	Urin																			Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment	Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Resond. Refunde				
1	1899 Januar 27	Kammerer Maria 22 J. I p mittelgross u. kräftig	6. I. 2 h a. m.	Früher Chlorose. In Graviditate keine Beschwerden. Im ekl. Anfalle eingebracht.	Vorhanden	6. I. a. p. 7. I. p. p. 12. I.	s.	1030 1008	viel viel Spur	— — +	— — —	Einige hyaline u. gran. Cylind., zahlr. Epithel, Leukocyt, viel. r. Blutk. Keine Cylinder. Spärl. r. Blutk.	Eklampsie	II. Sch.	6. I. 10²⁰ p. m.	?	Spontan	IX.	nicht ausgetragen	2700 gr. 45 cm.		†		450 gr. 2 cm dick. Kein Kalk. Fibrös. Schwarten a. Rand.	7. I. bis abends Bewusstseinstörung, 9. I. Oedem fast zurückgegangen. 15. I. Allgemeinbefinden gut.		Therapie: in der Geburt: Chloralhydr. und Chloroform, im Wochenbett heisse Bäder und Einpackungen.
2	1899 Febr. 221	Alberger Lina 28 J. I p stark, gut genährt	25. II. 6³⁰ a. m.	Seit Beginn der II. Hälfte der Schwangersch. geschwollene Füsse.	Sehr starkes Oedem über den ganzen Körper ausgebreit. Gesicht geduns.	Vor der Geburt nicht untersucht. Nach der Geburt nie Eiweiss und Cylinder.								I. Sch.	25. II. 11⁴⁵ a. m.	8 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	2750 gr. 48 cm.	+			700 gr. 2 cm dick. Fibrös. Schwarten a. Rand und in der Mitte.	Am 2. Tag Auftreten von zahlreich. Haemorrhagieen der Haut. Vom 4. Tage an allmähl. Verschwinden der Oedeme.	Entwickelt sich gut.	
3	1899 März 259	Lorenz Therese 38 J. VI p mittelgross u. kräftig	8. III. 9 h a. m.	5 frühere Schwangersch., Geb., Wochenb. o. Bes., seit 8 Tagen starke Schwellg. der Beine.	Starkes Oedem d. Bein., d. Labien u. der Bauchdecken.	8. III. 9¹⁵ a. m. 13. III.	s. s.	1021 1018	massenhaft ½ ‰	— —	— —	Ziegelmehlsediment, Zahlr. Epithel.. Hyal., gran., Epithel-Cylind., Vereinzelte Leukocyt. Cylinder vorhanden.	Eklampsie	I. Sch.	8. III. 3³⁰ p. m.	6 Std.	Spontan	IX.	nicht ausgetragen	2100 gr. 45 cm.		†		350 gr. 2 cm d. 3 cystoide Gebild. i. der Näh. ein. Gefässes. Fibr. Schwarten.	Nach der Geburt noch einige Anfälle. A. 3. Tag gehen die Oed. zurück. Entlassung 13. III., subj. Wohlbefinden.		Therapie wie bei 1.
4	1899 Juni 625	Bauer Franziska 20 J. I p kräftig	16. VI. 10¹⁵ p. m.	Stets gesund. Vor 8 Wochen Schwellung der Füsse. Vor 3 Tagen Schwellung der Vulva.	Oedem d. u. Extrem. und der Vulva.	16. VI. a. p. 18. 25.	s. s.	1019	7,5 ‰ viel —	+ — —	— — —	Wenig Leukocyten, Epithelien, Epithel- und hyaline Cylinder. Keine Cylinder.	In letzter Zeit spärl. Urin.	II. St. II. Sch.	16. VI. 10³⁰ u. 10⁴⁵ p. m.	4 Std. ?	Forceps bei II. Sch.	IX. IX.	nicht ausgetragen	1700 44 1850 45	+ +			850 gr. 2 cm dick. Fibrös. Schwarten a. Rand.	Allmähl. Verschwinden d. Oedeme vom 17.—19. VI. 25. VI. gesund entlassen.	Beide in die Brutanstalt abgegeben.	
5	1899 Juni 651 a	Uhl Margar. 33 J. III p kräftig	27. VI. 9 h a. m.	Anamn. fehlt. Wird im eklamp. Anfall eingebracht.	Oed. über d. ganz. Körp., (bes. Unterschenkel u. Gesicht).	28. VI.			viel	+	+	viel Cyl. versch. Art.	Eklampsie p. p.	Ausserhalb der Klinik entbunden. 26. VI. 1 h p. m.				Keine Angaben.						Keine Angaben.	30. VI. 10 h ³⁵ p. m. Exitus letalis.		**Anat. Diagn.:** Akute parenchym. Nephr. (II. Stad.) Hypost. Pneumonie. Haemorrh. Enceph. Akute parenchym. Hepatitis.
6	1899 Juli 726	Kummer Katharina 22 J. I p gracil	16. VII. 10³⁰ a. m.	Seit d. 16. Jahr Chlor. Vor 10 Woch. Schwell. d. Beine, äuss. Genital. u. Lider; deswegen im Krankenh. i. Behandl. (Nephrit. parench. u. Vit. cord.) Seit heute Morgen starke Blutg.	Oedem d. u. Extrem., d. Labien u. d. Lider.	16. VII.	a.	1018	mässig	—	—	Spärl. Sediment: wenige gran. Cylinder-, Epithelien, r. Blutk., Detritus.	Vitium cordis	I. Sch.	16. VII. 1¹⁵ p. m.	7 Std.	Spontan	VII.	nicht ausgetragen	750 gr. 33 cm.		†		1000 gr. (?) 3 cm dick. Fib. Schwarten am Rand.	Am 18. sind die Oedeme verschwunden. Wegen d. Vitium cordis 21. VII. ins Krankenhaus verlegt.		
7	1899 Aug. 837 b	Gfellner Marie 27 J. I p	24. VIII. 3³⁰ p. m.	Während d. Gravidit. wegen Nephritis von der Poliklinik behandelt. Im ekl. Anfall eingebracht.	Keine	24. VIII. 25. VIII. 30. VIII.	a. s. a.	1016 1016 1018	mässig wenig wenig	+ + —	+ — —	Reichl. Sediment: granul. u. Epithel-Cylind., Vereinzelt. Epithelien. Sediment wie 24. VIII., nur weniger. Reichl. Sed.: Zusammengeballte r. Blutk., vereinzelte Epithelien. Keine Cylinder.	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden. 24. VIII. 2³⁰ p. m.			Forceps	X.	Keine Angaben.		+			Keine Angaben.	Zahlr. eklamp. Anfälle. 31. VIII. in poliklin. Behandlung zurückgegeb.	Keine Angaben.	
8	1899 Sept. 912	Mureis Anna 21 J. III p kräftig, gut genährt	4. IX. 9³⁰ p. m.	Stets gesund. I part. — Frühgeburt, in d. Grav. Eklampsie. II part. 98. währ. der Geburt Ekl. Seit 1. Septemb. Anschwellung der Beine, d. Vulva, d. Gesichts.	Oedem d. u. Extrem., d. Genital., d. ganzen Gesichts.	4. IX. 6. IX.			reichl. reichl.			Viele Cylinder versch. Art. Viele gekörnte u. Epithel-Cylinder.	Leichter ekl. Anfall vor d. Geburt.	II. St.	6. IX. 7⁴⁰ p. m.	10 Std.	Beschleunig. d. Geburt drch. Einleg. d. Metreurynters. Spontan	VII. VIII.	nicht ausgetragen	700 gr. 35 cm.		†	macer. I°	250 gr. 1 cm dick.	Kein. Anfälle mehr. 7. VI. ins Krankenhaus verlegt.		
9	1899 Oktob. 1006	Karlstetter Katharina 30 J. II p klein, mässig genährt	2. X. 1³⁰ p. m.	Mit 22 Jahr. Lungenentzündg. I. Schwangerschaft, Geb., Wochenbett o. Bes. In II. Gravidität keine Beschwerden.	Keine	2. X. 11. X. 13. X. 15. X.	s. s.	1021	viel mässig Spur Spur	— — —		Epithel., Leukocyten, einige Cylinder. Wenig Sed.: kein. Cyl. Trotz lang. Centrifug. kein Sediment. Eiterkörperchen, wen. r. Blutk., 1 Cyl.	Eklampsie interpart. et puerp.	I. Sch.	3. X. 2 h a. m.	29 Std.	Kolpeur. z. Beschl. d. Geburt. Spontan	X.	ausgetragen	3200 gr. 50 cm.		†	Maceration begonn.	500 gr. 2,5 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Eklamp. Anfälle. 10. X. keine Anfälle u. Oedeme mehr. 16. X. gesund entlassen.		Therapie: Bäder, Milchdiät. Chlorof.-Chloral.
10	1899 Oktob. 1065	Brandthuber Walburga 19 J. I p kräftig	18. X. 8³⁰ p. m.	Stets gesund. In den letzten Tagen d. Grav. viel Uebelkeit. Seit gestern Nachmittag bewusstlos.	Oedeme des Gesichts, d. Bauchhaut, d. u. Extrem.	18. X. a. p. 19. X. 30. X.	s.	1022	viel 5 ‰ —	— +	 +	Zahlr. hyalin. gran. u. Epith.-Cyl. mit verfettet. Epith. Ver. Leuk., ausgelaugte r. Blutk. Gran. Cylind. u. abgeschuppte Epithelien. Kein Sediment.	Eklampsie gravidit., interpart.	I. Sch.	19. X. 7¹⁰ a. m.	?	Metreurynter zur Beschleunigung d. Geburt.	VIII.	nicht ausgetragen	850 gr. 36 cm.	+		klein, leise wimmernd	200 gr. 1,5 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Keine Anfälle. Entlassungsbefund: (2. XI.) Anaemie, subj. Wohlbefinden. Involution gut.	Watteeinhüll. Wärmeflasch. Am 3. Tage †	

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin, Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme	Urin																			Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment	Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Besond. Befunde				
11	1899 Oktob. 1099a	Wetzel Christiane 25 J. I p.	28. X. 5 h p. m.	Gravida VII. mens. Grav. ohne Störung. Seit 3 Tagen Kopfschmerzen, Durst u. Schwellungen.	Hochgradiges Oedem d. Gesichts, d. unt. Extrem. u. d. gr. Labien (männerhandgross).	28. X. 31. X. 24. XI.	 s. 	1021 1027 1033	mässig viel (7,5‰) 5,5‰	+ + —	+ + —	Epithelien u. Cylind. Zahlreiche Epithelien, viel Epithel-Cylinder, wenig gran. Cylinder.	Keinerlei Anfälle. Weiches syst. Blasen üb. d. Mitralis.	I. Sch.											Gravida VII—VIII mens. v. 28. X. — 25. XI. wechseln die subj. Beschwerd., ebenso die Oedeme. In d. 3. Woche Zunahme der Wassermenge. Auf eig. Verantw. entlass. 25. XI. Bef.: Lidgeg. oedematös. Haut d. Abd. stark hydr. Rechtes Labium maius mannsfaust gross. Betr. Oedeme d. unt. Extrem. Kindliche Herztöne gut.		Therapie: heisse Bäder, Jacquetsche Einwicklgn. Milchdiät, Diaphorese.
12	1899 Novbr. 1159a	Deiss Jeanette 29 J. I p. gross, kräftig	13. XI. 1 45 p. m.	Grav. IX. mens. In d. Schwangersch. keine Beschwerden. Seit gestern Abd. Kopfschm. u. Somnolenz, Unruhe.	Oedem d. u. Extrem.	13. XI. 15. 16. 17. 19.	 s. 	 1015 	2‰ 5‰ 2‰ mässig —	— — — — 	+ + + + 	Zahlr. Epithel., Cyl. vereinzelt, gekörnt. Zahlr. Epith., einzelne Leukoc., 1 hyal. Cyl.											13. — 19. XI. Oed. verschwind. allmäl. Keinerlei Beschwerden. 19. XI. als gesunde Gravida entlassen.		Therapie: Chloralhydr., heisses Bad, Einwicklungen.
13	1899 Novbr. 1225a	Wild Margar. 21 J. I p. mittelkräftig	29. XI. 11 30 a.-m.	Puerpera. 5 St. nach d. Geburt ekl. Anfall. Von der Sanitätskol. eingeliefert.	Gesicht gedunsen. Mässiges Oedem d. u. Extrem.	29. XI. 2. XII. 5. XII. 10. XII.	 s. 	 1027 	reichl. viel Spur — 	 	 	Ziegelmehlsed., viel. r. Bltk., einig. Leukoc. u. Epith. Kein Cylinder. Keine Cylinder.	Eklampsie puerper.		29. XI. 5 h a. m.	Ausserhalb spontan entbunden.		Angaben fehlen.							Stertoröse Atmung. Kopfschmerz u. Oedeme verschwinden vom 3. Tag an allmählich. Entl. 10. XII. mit der Mahnung zur Vorsicht.	Keine Angaben.	Chloroform. Heisse Bäder. Jacquet.
14	1899 Dezbr. 1281	Jäger Marie 21 J. I p. gross	14. XII. 6 h a. m.	Stets gesund. Seit 10 Tagen starke Schwellung der Beine. Heute früh 3 h plötzl. Erbrechen, i. Anschluss daran Krampf-Anfall.	Gedunsene Person. Oedeme d. u. Extrem. u. d. labia maiora.	14. X. a. p. 16. X. 18. X. 21. X.	 s. s. 	1030 1008 	8,5‰ 7‰ Spuren Spuren	+ — — 	+ — — 	Reichl. Sed.: Epith. 1 gekörnter Cyl. Epithel., Leukocyten, keine Cylinder. Epithel., Leukocyten, r. Bltk., keine Cyl.	Eklampsie in grav.	II. Sch.	15. XII. 8 h a. m.	14 Std.	Kristeller	IX. | X.	fast ausgetragen	2700 gr. 46 cm	+		680 gr. 3 cm dick. Kalk in mäss. Meng. Fibröse Schwarten zahlr.	Keine Anfälle mehr. Vom 2. Tag an relat. Wohlbefind., zugl. mit Abnahme der Oed. u. Zunahme der Urinmenge. V. 20. an kein. Beschwerd. mehr. 24. XII. gesund entlassen.	Mit Soxhlet ernährt. Gedeiht gut.	Heisse Bäder. Einwickelungen. Milchdiät.
15	1899 Dezbr. 1285	Ries Maria 26 J. IV p. gross, kräftig	16. XII. 12 15 a. m.	Mit 14 J. Chlorose. I part. 1893 Wochenbettfieber, II part.: Kind maceriert im IX. Monat, III part.: Kind †, Wochenbett fieberhaft. In Grav. keine Beschwerden.	Keine.	16. XII. a. p.	trüb		1/3 Vol.‰	—	—			I. Sch.	16. XII. 12 55 a. m.	58 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3530 gr. 52 cm	+		620 gr. 3.5 cm dick. Etwas Kalk. Fibröse Schwarten.	Wochenbett ohne jegl. Störung. 22. XII. gesund entlassen.	Sehr gut entwickelt. Mit Muttermilch ernährt.	
16	1899 Dezbr. 1301	Schürmeister Josefa, 39 J. IV p., klein, kr.	21. XII. 2 45 a. m.	1 mal Herzklappenentzündung, 1881, 84, 86 normale Geb. etc.	Mäss. Oed. d. Gesichts u. d. Knöchel.	21. X. a. p.			mässig					II. Sch.	21. XII. 6 30 a. m.	8 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3050 gr. 49.5cm	+		485 gr.	Wochenbett ohne Bes. Am 27. XII. gesund entlassen.	Soxhlet. Gedeiht gut.	
17	1900 Januar 28	Küfner Maria 33 J. IX p. klein, ~~schwächlich~~	7. I. 5 30 a. m.	Masern und Chlorose. 4 Frühgeburten mit 6, 6½, 7 und 8 Monaten, ~~4 mal~~ Forceps, bei den 2 letzten angebl. Eklamps. Seit 2 Mon. st. Kopfschm. Im l. Mon. starke Vermehrung d. Urinmenge.	Nirg. Oed. nachzuweisen.	7. I. a. p.			mässig				Struma. 1 Anfall m. Bewusstseinsverlust. (interpartum.)	II. Sch.	7. I. 12 30 p. m.	24 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3500 gr. 50 cm	+	asph. I°	750 gr. 2 cm dick. Fibrös. Schwarten a. Rand.	Wochenbett ohne Stör. Am 13. I. gesund entlass.	Gedeiht gut. Entl.-Gew. 3100 gr.	
18	1900 Januar 58	Schenk Ther. 24 J. I p. kräftig	11. I. 12 55 a. m.	Vor der Einlieferung 3 eklampt. Anfälle.	Leichtes Oedem des Gesichts.	11. I. a. p. 14. I. 21. I.	trüb		7,2‰ mässig Spur			Keine Cylinder.	Eklempsie interpart.	I. Sch.	14. I. 12 30 p. m.	12 Std.	Forceps	X.	ausgetragen	3250 gr. 47,5cm	+		600 gr. 2 cm dick. Etwas Kalk. Fibrös. Schw. a. Rd.	Keine Anfälle mehr. Oed. 19. I. verschwund. 26. I. gesund entlassen.	Künstl. ernährt, gedeiht gut. Entlass.-Gew. 3300 gr.	
19	1900 Januar 76	Hochleitner Marie 22 J. I p. mittelkräftig	18. I. 10 h p. m.	Wegen Vitium cordis mehrmals in Krankenhausbehandlung.	Mässig. Oed. d. unt. u. ob. Extrem. u. d. Bauchhaut.	18. I. a. p.			1/2 Vol.‰				Incompensierte Mitralinsuffizienz, Bronchitis	Sch.	18. I. 10 20 p. m.	4 Std.	Spontan	VI.	nicht ausgetragen	700 gr. 32 cm	+		150 gr. 1 cm dick. Zieml. viel Kalk u. Fibröse Schwarten vorhanden.	Wöchn. wird weg. Nephr., Infilt. d. r. Lungenspitze u. Herzinsuffiz. i. Krankenh. verlegt u. soll dort noch i. Lauf d. Woche gestorb. s.	Stirbt nach wenigen Minuten.	**Anat. Diagn.:** Acute Dilatatio cordis mit Myodegeneration. Beginnende pneumon. Herde d. r. Lunge. Hochgr. Schwangerschaftsniere.
20	1900 Febr. 233	Schwemmer Babette 29 J. I p. mittelkräftig	20. II. 10 h p. m.	Masern. In d. ersten 2 Mon. der Grav. Erbrechen u. heftige Aufregungszustände. In den l. 8 Tag. Schwellg. d. Beine u. Hände, seit gest Erbr. u. Schmerzen im Unterleib.	Zieml. starke Oedeme der unt. und ob. Extrem. d. Bauchhaut und d. Lider.	20. I. a. p. 27. I.	 	 	stark Spur	 	 	Zahlreiche weisse u. einige rote Bltk., Epithelien, Cyl. fehlen.		I. Sch.	21. II. 12 45 p. m.	18 Std.	Spontan	VIII.	nicht ausgetragen	1950 gr. 42 cm		† I° maceriert.	450 gr. 2 cm dick. Speck. Gewebe, m. Blutcoageln durchsetzt.	Wochenbett ohne Stör. Entlassen 2. III. gesund.		Milchdiät.

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.								Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme.	Urin																		Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment	Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Besond. Befunde				
21	1900 Febr. 262	Wohlmuth Therese 27 J. II p. mittelkräftig	27. II. 9^{15} p. m.	Stets gesund, ausser Chlorose. 1. 1899 Geburt ein. tot. 5,5 Mon. alten Kindes. In d. II. Grav. anfangs Kopfweh u. Erbrech., spät. starke Schwellung des r. Beines. Seit 8 Tag. Zunahme des Leibes, Leibschmerz., Kreuzschmerzen.	Mässig. Oed. der Bauchdecken.	28. II.			mässig				Hydramnion.	I. Sch.	28. II. 7^{45} p. m.	36 Std.	Spontan	IX.	nicht ausgetragen	1850 gr. 43 cm	+		II° asph.	650 gr. 2 cm dick. Speck. Gewebe.	Wochenbett o. Bes. 5. III. gesund entlassen	Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg. †	
22	1900 März 270	Maier Josefa 16 J. I. p. Sehr gut genährt	1. III. 6^{30} a. m.	Diphtherie, Masern, Typhus. Grav. o. Bes.	Keine deutlichen.	1. III. a. p. 4. III.			viel —					II. Sch.	1. III. 10^{50} p. m.	25 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3300 gr. 53,5cm	+			Vor d. spont. Ausstg Uter. stark aufger., nach oben spitz zulaufd. (durch starke retropl. Blg.) 800 gr. 2 cm dick. Starker Blutverlust.	Wochenbett o. Bes. 9. III. gesund entlassen	Gedeiht gut.	
23	1900 März 273	Knott Maria 25 J. I. p. blass, kräftig	2. III. 8^{30} a. m.	War nie krank. 2 ekl. Anfälle vor der Aufnahme.	Leichtes Oedem am l. Fussknöchel.	2. III. a. p. 2. III. p. p. 21. III.	s.	1027	viel viel Spur.	+ —	+ —	Im centrifug. Harn: Gran. mit Fetttröpfch. besetzte Cyl., Epithel., Zahlr. Leukoc., wenige r. Blutk. Keine Cyl. Leukocyt. u. Epithelien vorh.	Eklampsie	I. Sch.	2. III. 12^{15} p. m.	?	Forceps	X.	ausgetragen	3300 gr. 50 cm	+			Credé. 750 gr. 3 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	1 Anfall p. p. Oedem verschwunden am 3. Tag. 21. III. Relat. gesund entlassen.	Gedeiht gut. 21. III. Gew.: 3450 gr.	Milchdiät, Einwickelgn., heisse Bäder.
24	1900 März 312	Ampferl Anna 30 J. I. p. gross, kräftig	9. III. 1^{10} p. m.	Stets gesund. Seit 3 Woch. geschwollene Füsse, seit 3 Tage so stark, dass Pat. nicht mehr gehen konnte. Seit heute früh bewusstlos.	Starke Oed. der Beine u. Arme, der Bauchdecken.	9. III. 10. III.			viel 15‰	+	+	Leukocyten, Epithel., Cyl. versch. Art.	Hydramnion, Eklampsie interpart., Gemini.	[1] Sch. [2] Sch.	9. III. ?	15 Std.	Forceps bei I, bei II Wendg. u. Extrakt.	[1] X. [2] X.	ausgetragen ausgetragen	2850 gr. 50 cm 2950 gr. 52 cm	+ †		I° asph. macer. I°	2 Placenten: 1000 gr. 2 cm dick.	Kein Anfall mehr. Dauernde Bewusstlosigkeit. Atmung immer angestr., Puls immer kleiner trotz Analeptica. 10. III. 8^{0} p. m. ekl. Anfall mit exit. letal.	1) Durch Hautreize wiederbelebt. (Sonst keine Angaben.)	**Klin. Diagn.:** Schwangerschaftsniere, Eklampsie, Hochgrad. Lungenoed.
25	1900 März 314	Pichlmeyer Therese 37 J. XI. p. mittelkräftig	10. III. 5^{30} a. m.	Erste 8 Geburten etc. o. Bes. 9. Geburt mit ärztl. Hilfe. 10. in d. Klinik (Querlag.) 1898.	Sehr starke Oedeme der Bauchdecken und unteren Extrem.	10. III. a. p.			mässig				Hydramnion.	II. Sch.	10. III. 11^{30} a. m.	15 Std.	Wendg. u. Extrakt.	X.	ausgetragen	3700 gr. 53,5cm	+		II° asph.	800 gr. 2,5 cm dick.	Wochenbett o. Bes. 18. III. entl. gesund.	Wiederbelebt. Gedeiht gut. Entlass.-Gew. 3500 gr.	
26	1900 März 319	Schmidt Therese 20 J. I. p. gross. kräftig	11. III. 3^{h} a. m.	Vor 2 J. Typhus und Lungenentzündg. In der letzten Zeit der Grav. geschw. Füsse.	Mässig. Oed. beid. u. Extr.	11. III. a. p.			viel					I. Sch.	11. III. 6^{55} a. m.	5 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3400 gr. 52 cm	+			700 gr. 2,5 cm dick.	Im Wochenbett nur mässige Kopfschmerzen. — Gonokokken nachgewies. 22. III. gesund entlassen.	Gedeiht gut. Entlass.-Gew. 3160 gr.	
27	1900 März 323	Nelp Magdalene 18 J. I. p. gesund und kräftig	8. III. 10^{h} a. m.	Mit 7 J. Lungenentzündg. Mit 17 J. Bubo (Lues?) In den ersten 4—6 Monat. d. Grav. Erbrechen, Kopfweh u. Schwindel.	Mässig. Oed. der unteren Extrem.	9. III. a. p.			mässig				Lues (Geschwüre an lab. min. u. frenulum.)	I. Sch.	10. III. 7^{35} p. m.	75 Std. ?	Spontan	X.	ausgetragen	3200 gr. 49 cm	+			500 gr. 2 cm dick. Etwas Kalk vorhanden.	Wochenbett ohne Bes. 21. III. gesund entlassen.	Hat keine Zeichen von Lues. Gedeiht gut. 18. III. Gew. 2500 gr.	
28	1900 März 327	Huber Anna 38 J. I. p. blass, kräftig	12. III. 9^{h} a. m.	Im ekl. Anfall eingebracht. Litt früher nie an Krämpfen etc.	Keine	12. III. a. p. 15. III. 20. III. 24. III.	s.	1010	16‰ 0,25‰ Spuren —	— —	— —	Wenig Sediment: 1 gekörntes Cyl. Epithelien, wenig. Cyl. 1 gekörnter Cyl, zahlr. Eiterkörperchen.	Eklampsie interpart et puerper.	I. St.	12. III. 3^{h} p. m.	?	Extrakt.	X.	ausgetragen	2550 gr. 49 cm	+			Credé. 500 gr. 2 cm dick.	1 Anfall nach d. Geburt. Dann rasche Abnahme aller Erscheinungen. 25. III. gesund entlassen.	Künstl. ernährt. Gedeiht. Entl.-Gew. 2600 gr.	
29	1900 März 330a	Feller Anna 34 J. VIII. p. gross, kräftig	13. III. 8^{15} a. m.	Geburten etc. normal, das 1. mal Zwillinge †. Seit 12. III. ist Pat. bewusstlos, mit Krampfanfällen. Seitdem ist auch d. Hemd blutig.	Keine	13. III. 14. III.			Spur. Spur.	+		Gekörnte Cyl., Epithel-Cyl., Epithelien.	Eklampsie gravid. Uraemie anschein. m. Hyst. kompliz.	Part. immaturus mens. V immi ne us.				V.						Ob der Partus stattgefunden ist nicht angegeben, ebenso wenig wie der weit. Verlauf.	
30	1900 April 465	Dreher Johanna 21 J. I. p. mittelkraftig	13. IV. 4^{45} a. m.	Seit 12. IV. 8^{h} p. m. Wehen, seit 13. IV. 1^{h} am ekl. Anfälle. Bewusstlos m. Krämpfen eingebracht.	Keine	13. IV.			10^{0}/00	—	—	Verfettete Epithelien, viel freies Fett, hyaline u. Wachscyl. Leukocyten, Blut †.	Eklampsie interpart. et puerper.	II. Sch.	13. IV. 5^{30} a. m.	10 Std.	Forceps	X.	ausgetragen	3100 gr.	+		II° asph.	Credé. 400 gr. 1,5 cm dick.	Noch mehrere Anfälle im Wochenbett. In leichter Narkose gehalt. Puls wird immer kleiner. Exit. in tief. Koma 13. IV. 6^{h} p. m.	Nicht wiederbelebt.	

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name, Alter, Zahl der Geburten, Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme	Urin																			Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment	Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Besond. Befunde				
31	1900 April 489	Schmidt Maria 26 J. I p mittelkräftig	17. IV. 8^{15} a. m.	In der II. Hälfte des Grav. Schwellung der Füsse. Viel Herzklopfen.	Oedeme der Unterschenkel (im Wochenbett auch d. Lider)	17. IV. a. p. 25. IV.			viel —	—		Kein Sediment.	Systol. Geräusch über allen Ostien.	II. St.	17. IV. 9^{h} a. m.	7 St.	Extrakt.	IX.	nicht ausgetragen	2500 gr. 46 cm	+			Expression. 450 gr. 1,5 cm dick. Etwas Kalk u. Fibr. Schwarten.	Oedem der Augenlider, das nach 3 Tagen wieder verschwindet. 12. V. Relat. gesund entl.	Soxhlet. Soor. Gedeiht ordentlich.	
32	1900 April 543	Rohrer Fanny 30 J. I p mittelkräftig	28. IV. 12^{15} a. m.	Stets gesund. Schwangerhaft ohne Beschwerden. Seit 9^{h} p. m. geht etwas Blut ab.	Oedeme beider Unterschenkel.	28. IV. a. p.			reichl.					I. Sch.	29. IV. 1^{h} a. m.	29 St.	Spontan	VIII. | IX.	nicht ausgetragen	1550 gr. 40 cm		†	II° macerirt.	200 gr. 2 cm dick.	Wochenbett ohne Bes. 5. V. gesund entlassen.		
33	1900 Mai 686	May Rosa 37 J. X p mittelkräftig	25. V. 7^{h} p. m.	Schon vor 8 Tagen ekl. Anfall. Von der psychiatr. Abteilung (progress. Paralyse) verlegt. Grav. X mens.		25. V. a. p.			Spur	+	+	Vereinzelnte hyal. u. gran. Cylinder.	Eklampsia grav.	I. Sch.	30. V. 4^{h} p. m.		Sectio caesarea in mortua	X.	fest ausgetragen	2500 gr. 48 cm		†	Muskelstarr.	?	30. V. 3^{45} p. m. Exitus letalis ante partum.		Sektion nicht gestattet.
34	1900 Mai 678	Semm Margarethe 22 J. I p	27. V. 7^{h} a. m.	Früher 3 mal Lungenentzündung. In Grav. keine Beschwerden, ausser Schwellung d. Beine seit 4 Monaten.	Beine und Bauchdecken stark ödematös.	27. V. a. p.			Spur				Hydramnion	I. Sch.	28. V. 3^{45} p. m.	66 St.	Spontan	X.	ausgetragen	2700 gr. 49 cm	+			400 gr. 2—3 cm dick. Fibr. Schw. am Rand.	Bei der Wöchnerin Zunahme der Oedeme bs. im Gesicht, der Vorderarme und Hände. Vom 4. Tage an Abnahme derselben. 3. VI. gesund entlassen.	Unt. Extr. bis zur Kniekehle oedematös u. livid. Gedeiht schlecht. Entl.-Gew. 2750 gr.	
35	1900 Mai 609	Klein Anna 24 J. I p mittelkräftig	12. V. 1^{45} a. m.	Mit 16 J. Scharlach. Jan. 99 Abortus II mens. In der Grav. keine Beschwerden.	Keine	12. V. a. p. 13. V.			mässig viel			Plattenepithelien. Keine Cylinder.	Eklampsia puerperal.	I. Sch.	12. V. 6^{25} a. m.	7 St.	Spontan	X.	ausgetragen	2650 gr. 48 cm	+			350 gr. 2,5 cm dick.	Wöchnerin: Gesicht gedunsen. Verlässt 17. V. geg. ärztl. Rat die Klinik.	Ernährung m. Soxhlet. Gedeiht. Entl.-Gew. 2650 gr.	
36	1900 Mai 556	Limer Caecilie 24 J. I p mittelkräftig	29. IV. 8^{h} p. m.	Stets gesund. In Grav. anfangs Erbrechen u. Kopfweh. Seit 4 Tg. geschwollene Füsse; seit gest. schlechteres Sehen, heftiges Erbrechen und starker Kopfschmerz.	Oedem an beiden Unterschenkeln.	30. IV.			mässig				Eklampsie inter part. Amaurose	I. Sch.	1. V. 1^{10} p. m.	32 St.	Forceps	X.	ausgetragen	4000 gr. 56 cm	+		I° asphyk.	650 gr. 2 cm dick.	Kein Anfall mehr im Wochenbett. 11. V. gesund entlassen.	Wiederbelebt. Leichte Facialispares. Soxhlet. Gedeiht gut. Entl.-Gew. 4000 gr.	
37	1900 Juni 746	Richtmann Maria 45 J. VII p schlecht entwickelt	12. VI. 3^{10} a. m.	Hatte früh. Scharlach u. Lungenentzündung. 5 spont. u. 1 Zangengeburt. In der Schw. viel Erbrechen und geschwollene Füsse.	Zieml. starke Oedeme der unt. Extrem.	13. VI. p. p. 22. VI.			reichl. mässig			Sediment reichlich; Epithelien, keine Cyl. Epithelien. r. Blutk, keine Cylinder.		I. Sch.	12. VI. 11^{40} a. m.	15 St.	Spontan	X.	ausgetragen	3050 gr. 49 cm	+			600 gr. 2 cm dick Fibr. Schw. am Rand	Im Wochenbett rasende Kopfschmerzen, Erbrech. bis zum 20. VI. Oedem d. Labien. 25. VI. wegen Thrombophlebitis und Erysipel in der chirurg. Klinik verlegt.	Brust. Gedeiht gut. Entl.-Gew. 3050 gr.	
38	1900 Juni 780	Dietrich Kaufmannsfrau IV p mittelkräftig	6. VI. 12^{30} a. m.	Seit gestern ekl. Anfälle und Erbrechen. Im Anfall bewusstlos eingebracht. Seit der 1. Geburt chronischer Blasenkatarrh.	Gesicht etw. gedunsen. Leichte Oed. der Bauchhaut und Knöchel.	6. VI. p. p. 9. VI. 12. VI. 14. VI. 22. VI.			14‰ 6‰ 8‰ 5‰ 4‰			Reichl. Epitheliale u. hyaline Cylinder Keine Cylinder. " " Vereinz. Cyl.	Eklampsie Cystites chronica	I. St.	18. VI. 8^{30} a. m.	12 St.	Vorfall d. Hand. Spontan	VIII.	nicht ausgetragen	1150 gr. 40 cm	+			300 gr. 0,8 cm dick.	Uterus uprolaps d. Wöchn. wird reponiert. Oedeme vom 6. Tag an geringer. 25. VI. auf Verlangen (als nicht gesund) in ärztl. Behandlung entlassen.	In Watte gewickelt i. d. Couveuse gelegt; Stirbt n. 1 Stunde.	
39	1900 Juli 862	Maty Marie 32 J. IV J. mittelkräftig	8. VII. 10^{40} a. m.	In d. Kindh. Scharlach. I. partus mit 16 Jah. Alle Geburten etc. von regelmässigem Verlauf. In Grav. keine Beschwerden.	Mässiges Oedem der unt. Extrem. der Bauchdecken und Labien.	9. VII. p. p. 16. VII.	a.	1012	viel —	—	—	Massenhaft Eiterkörperchen, einzelne Epithelien, keine Cyl.		I. Sch.	8. VII. 12^{30} p. m.	9 St.	Forceps	X.	ausgetragen	3050 gr. 50,5 cm	+		I° asph.	600 gr. 2 cm dick.	Im Wochenbett Kopfschmerzen. Verlässt am 16. VII. auf eigene Verantwortung die Klinik.	Vulva geringen Grades Oedematös. Gedeiht gut mit Mutterbrust. 3000 gr.	
40	1900 Juli 884	Thaller? Margarethe 39 J. II p	14. VII. 8^{h} p. m.	Nie krank. I. Grav. etc. normal. In der II. Grav. keine Beschwerden. Seit 8 Tg. geschwollene Füsse. Eklamp. Anfälle seit 3^{h} p. m.	Starke Anasarka der Beine, mässig. Oedem des Gesichts u. d. Bauchgegend	15. VII. p. p.			reichl.			Keine Cylinder	Eklampsie inter part.	II. Sch.	15. VII. 1^{10} a. m.	18 St.	Spontan	IX	nicht ausgetragen	1450 gr. 43 cm		†		300 gr. 2 cm dick.	Im Wochenbett kein Anfall mehr. Verlässt am 7. Tag gegen ärztl. Rat die Klinik.		
41	1900 Juli 874	Tauber Barbara 21 J I p	12. VII. 10^{h} a. m.	Nie krank. In der letzten Zeit d. Grav. Kopfschmerz und geschwollene Beine (wann?) Im Anfall eingebracht.	Oedeme der unt. Extrem.	12. VII. 22. VII.			1/8 Vol. ‰ Spur	+ +	— —	Zahlr. Epithelien 1 gekörnter Cylinder Kein Cylinder.	Eklampsie	I. Sch.	13. VII. 2^{17} a. m.	?	Spontan	X	ausgetragen	2250 gr. 47,5 cm	+		I°. asph.	550 gr. 2 cm dick Fibr. Schw. am Rand.	Kein Anfall nach der Geburt. Sämtl. Erscheingn. am 20. VII. verschwund. 22. VII. entlassen.	Gedeiht gut. Entl.-Gew. 2200 gr.	

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme	Urin																			Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment	Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Besond. Befunde				
42	1900 Juli 943	Mihlfellner Elise 22 J. I p	26. VII. 10^{20} p. m.	War stets gesund. Grav. o. Bes.	Starkes Oed. d. unt. Extr. u. d. Bauchdecken.	27. VII.	a.		viel			Rote u. weisse Bltk., einige Cylinder.	Mitralinsuff. und Aortenstenose.	I. Sch.	26. VII. 10^{45} p. m.	7 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3000 gr. 50 cm	+			450 gr. 20 cm dick. Fibr. Schwarten a. Rand.	Wochenbett o. Bes. Oed. verschwinden allmählich vom 3. Tag an. 3. VIII. gesund entlassen.	Gedeiht gut an d. Brust. Entl.-Gew. 3035 gr.	
43	1900 Juli 969	Lehner Justine 24 J. I p	30. VII. 5h p. m.	Wird als Frischentbundene eingebracht. Hatte kurz p. p. ekl. Anfälle.	?	1. VIII. 4. VIII.	a.	1018	1% —			Einige Leukocyten, Keine Cyl.	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden.				Keine Angaben.						Keine Angaben.	Mehrere Anfälle, mit Chloroform u. Chloralhydrat kupiert. 4. VIII. entlassen gegen ärztl. Rat. Keine Oedeme.		
44	1900 Sept. 1166	Weigl Veronika 36 J. VII p mittelkräftig	26. IX. 9^{45} a. m.	In bewusstlosem Zustande aufgenommen. 3 Anfälle sind vorhergegangen.	Starke Oed. d. unt. Extr.	26. IX. 5. X.	s.	1020	mässig 0,4%	—	—	Epithelien, Leukocyt. Keine Cyl. Zelldetritus, einige Epithelien und weisse Blk. Keine Cyl.	Eklampsie	I. Sch.	26. X. 6 p. m.	?	Spontan	IX.	nicht ausgetragen	1950 gr. 43 cm		†	totenstarr.	600 gr., 3 cm dick. Zeigt a. d. maternen Fläche zahlr. Blutcoagel.	Kommt in d. Geburt zur Besinnung. Im Wochenbett kein Anfall mehr. 5. X. gesund (?) entlassen.		
45	1900 Dez. 1352a	Gürtner Kathar. 33 J. I p schwächlich	9. XII. 3h p. m.	Entbunden im Anfall eingebracht.	Aeussere Genitalien etwas oedematös.	9. XII. 12. XII. 16. XII.	s.	1015	8% 3,5% Spur			Gekörnte Cylinder. Teilw. verfettete Epithelien, gekörnte und verfettete Cylinder. — Kein Sediment.	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden. I. Sch.	9. XII. 1b a. m.		Spontan	Keine Angaben.						Keine Angaben.	Zahlreiche Anfälle. — Kupiert m. Chloroform und Chloralhydrat.	Keine Angaben.	
46	1901 Jan. 7a	Schalkhausen Kathar. ? ? mittelkräftig	4. I. 2h a. m.	Als Wöchnerin i. ekl. Anfall eingebracht.	Keine?	7. I. 10. I.			mässig „			?	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden.	3. I. 6 p. m.			Keine Angaben.						Keine Angaben.	Beim Eintritt: Unruhe, Fieber u. Durst. Am 2. Tage reichl. Stuhl- und Urinentleerg. 10. I. Relat. gesund entlassen.	Keine Angaben.	
47	1901 Jan. 82	Obermeyer Maria ? IV p mittelkräftig	31. I. 7^{25} p. m.	Geburten alle 3 normal. 3 Kinder leben gesund. In Grav. keine Beschwerden.	Starke Oed.	31. I. a. p. 1. II.			mässig viel			? ?	Febris Pneumonie. Ib	Schiefl.	31. I. 7^{45} p. m.	7 Std.	Wendg. u. Extrakt. in Narkose.	X.	ausgetragen	2700 gr. 48 cm	+		II° asph.	450 gr. 2,5 cm dick. 5 Cyst. auf d. foetalen Fläche.	3. II. Hohes Fieber — Pneumonie. 7. II. Collaps — Exitus.	Wiederbelebt 1. II †.	Keine Sektion.
48	1901 Febr. 160	Ruzika Antonie 17 J. I p zart, blass	24. II. 1^{30} a. m.	Nie krank. Entbunden im Coma eingeliefert.	Keine.	25. II. 27. II. 5. III.	s. s.	1014 1006	1/4% — Spur Spur	— —	— —	Rote u. weisse Blk., einzelne hyal. Cylind. Zahlr. Leukoc., Epith., Detritus, keine Cyl. Keine Cyl.	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden. I. Sch.	23. II. 2h a. m.		Spontan	X.	ausgetragen	3200 gr. 50 cm	+			Keine Angaben.	26. II. Nach reichl. Stuhlgang u. Urinentl. kein Anfall mehr. 5. III. entlass., relat. wohl.	Soxhlet. Gedeiht gut.	
49	1901 März 237a -407	Hafner Fanny 19 J. I p kräftig	17. III. 1^{30} p. m.	Puerpera im ekl. Anfall eingebr. Früher nie krank.	Keine.	19. III. 30. III.	s.	1021	wenig Spur	—		Sediment spärlich: Epithel., einige weisse u. rote Blk, gekörnte Cyl. — Viele Leukocyt., Plattenepithelien, gekörnte Cyl.	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden.	17. III. 5h a. m.		Spontan	X.	ausgetragen	2050 gr.	+			Keine Angaben.	Am 2. Tage keine Anfälle mehr, Wohlbefinden. 31. relat. wohl entlassen.	Soxhlet. Gedeiht gut. In Kost gegeben.	
50	1901 März 249a -408	Lang Marie 19 J. ? p	21. III. 4^{30} p. m.	Puerpera im ekl. Anfall eingebracht.	?	22. III. 29. III. 3. IV.	s.	1012	7% 0,5% Spur	—		Sehr viele gran. Cyl. Körnig degen. Epithel. Keine Cyl.	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden.	21. III. 2h p. m.		Spontan	Keine Angaben.						Keine Angaben.	Eklampt. Anfälle direkt nach der Geburt. 4. IV. subj. wohl entlass.		
51	1901 April 293	Bimmelseder Karolina 32 J. I p Mäss. kräftig	3. IV. 5^{30} p. m.	Masern u. Influenza. Grav. o. Bes.	?	3. IV.			viel			?	Eklampsie interpart.	II. Sch.	4. IV. 2^{40} a. m.	32 Std.	Forceps	X.	ausgetragen	3500 gr. 48 cm	+		II° asph.	Credé. 750 gr. 1,5 cm dick. Fibr. Schw. am Rand.	Im Wochenbett keine Anfälle mehr. 13. IV. gesund entlassen.	Soxhlet. Gedeiht gut. Entl.-Gew. 3600 gr.	
52	1901 April 727a	Huber Marie 26 J. I p kräftig	14. IV. 7h p. m.	Nach Angabe d. behandelnden Arztes leidet sie an Nephritis.	Oed. a. beid. Unterschenk. u. Gesicht, bes. Augenlider. Geduns. Bewusstlos. Grav. VIII. mens.	14. IV.			in Masse			?	Eklampsie inter grav. Uraemisches Coma.					VIII.								Die Atmung wird stertor., d. Puls klein. Kindl. Herztöne nicht mehr z. hören. 15. V. 5^{30} a. m. †.	Anat. Diagn.: Subac. parench. Nephritis beider. Adipositas cordis Terminales Lungenoedem.
53	1901 April 342	Fischer Marie ? I p	17. IV. 7^{30} p. m.	Soll stets gesund gewesen sein. Im Anschluss an eine Gemütsbewegg. 17. IV. 7h p. m. ekl. Anfall. Grav. Ende d. X. Mon.	Starkes Oed. an Gesicht, Beinen und Abdomen.	17. IV.			7%			?	Eklampsie in grav.					X.								Atmung wird immer mehr rasselnd. Respirationsstillstand und Tod. 18. IV. 10^{45} a. m.	Keine kindl. Herztöne mehr.	Anat. Diagn.: Subac. parench. Nephritis. Parench. Hepatitis. Terminal. Lungenoedem.

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme.	Urin																			Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment	Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Resond. Befunde				
54	1901 Mai 458	Schwarz Sarah 20 J. I p mittelkräftig	27. V. 10h a. m.	Früher Scharlach. 1897 Polyarthritis mit Vit. cordis. Seit vorgest. öfters Erbrech. Kindsbeweggn. seit 3 Wochen verschwund.	Allgemeines Oedem.	27. V.			mässig			?	Hydramnion, Mitralinsuff.	I. St.	27. IV. 4^{15} p. m.	28 Std.	Extrakt.	X. Anf.	nicht ausgetragen	2270 gr. 45 cm		†	II° macer.	700 gr. 2 cm dick. Fibrös. Schwarten am Rand.	Wochenbett o. Bes. 3. VI. gesund entlassen.		
55	1901 Mai 459	Lenz Rosina 42 J. XII p kräftig	27. V. 2h p. m.	Alle Kinder tot, die 3 letzten nicht ausgetr. Keine Zeichen v. Lues. Bis heute Nacht gesund. Im ekl. Anfall eingebracht.	Allgemeines Oedem.	27. V. a. p. 27. V. p. p. 2. VI.			viel $^{8}/_{4}$ 0/00 Spur			?	Eklampsie Retinitis album.	I. Sch.	27. V. 7^{45} p. m.	10 Std.	Spontan	VIII | IX.	nicht ausgetragen	1750 gr. 43 cm		†		415 gr. 1,5 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Nach der Geburt noch 1 Anfall. Retinitis alb. Dann plötzl. Euphorie u. Verschwinden sämtlicher Symptome am 4. Tag. 3. VI. gesund entlassen.		
56	1901 Juni 589	Arquin Anna 28 J. I p gross kräftig	28. VI. 3^{45} a. m.	Scharlach und Diphtherie. Mit 16 J. Typh. Grav. o. Bes.	Sehr starke Oedeme der unt. Extremitäten.	28. VI. a. p.			mässig			?		I. Sch.	28. VI. 11^{20} a. m.	11 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3200 gr. 50 cm	+			550 gr. 1,5 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Wochenbett ohne Bes. 4. VII. gesund entlassen.	Entwickelt sich gut. Entl.-Gew. 3150 gr.	
57	1901 Juli 678	Arzdorf Viktoria 24 J. II p mittelkräftig	30. VII. 10^{15} p. m.	Scharlach, Lungenentzündung und Gelenksrheumatismus. 1. Kind 14 Tage vor der Geburt † (VIII. mens). Nach d. 1. Wochenbett Quecksilber-Kur. In Grav. kein. Beschwerd.	Oedem in d. Knöchelgegend.	30. VII.			mässig			?	Lues?	I. Sch.	31. VII. 3^{55} a. m.	8 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3500 gr. 52 cm	+		asph.	Credé. 670 gr. 1.5 cm dick. Viel Kalk vorhanden. Fibr. Schwarten a. Rand.	Wochenbett ohne Bes. 6. VIII. gesund entlassen.	Ob. Part. d. Abdom. stark aufgetrieben. Leb. u. Milz stk. vergröss. Haut rein. Wiederbeleb.-vers. erfolgl. †	
58	1901 Aug. 715	Pfitzer Anna 26 J. I p gross, kräftig	7. VIII. 6^{45} p. m.	Vom 20.—23. J. Chlorose, sonst gesund. Während der Schwangerschaft magenleidend.	Starke Oed. d. unt. Extr. und Lab. maiora.	9. VIII. p. p. 14. VIII. 24. VIII.	s. a.	1036 1017	viel mässig —	— —	— —	R. Blutk., gran. und hyal. Cyl. Zahlr. Eiterkörperchen.	Eklampsie puerperal.	II. Sch.	8. VIII. 1^{40} a. m.	20 Std.	Spontan	IX.	nicht ausgetragen	1900 gr. 43 cm	+			Credé. 550 gr. 2 cm dick. Fibr. Schw. a. Rand.	Nach d. Geburt heftige Kopfschmerzen u. zahlr. ekl. Anfälle bis z. 9. VIII. Am 24. VIII. Befund: Oed. verschwunden. Urin klar. Wegen Phlegmone der Infraclaviculargegend d. chir. Klinik überwiesen.	Schwach entwickelt. Wird sofort in Kost gegeben.	
59	1901 Sept. 833	Braindl Crescenz ? II p mittelkräftig	4. IX. 10^{20} a. m.	Stets gesund. Eitriger Ausfluss. Grav. o. Bes.	Keine.	4. IX. (a. p.) 6. IX. 16. IX.			5,5 0/00 1 0/00 —			?	Eklampsie interpart. Gonorrh.	I. Sch.	4. IX. 11^{20} a. m.	?	Forceps	X.	ausgetragen	3000 gr. 50 cm	+			Manuelle Lös. 515 gr. 0,5 cm dick.	Nach d. Geb. keine Anfäll. mehr. Oed. d. Vulva. Vom 3. Tg. an nehmen alle Erschein. ab. 16. IX. wegen Gonorrhoe i. Ambul. entl.	Gut entwick. Soor. Muttermilch. Ged. gt. Entl.-Gew. 3200 gr,	
60	1901 Sept. 858	Birkmeier Therese 19 J. I p mittelkräftig	13. IX. 8^{30} a. m.	Halbentbunden im ekl. Anfall eingebracht.	?	13. IX.	s.	1012	mässig	—		Zelldetritus, Leukocyten, hyal. u. gran. Cylinder.	Eklampsie interpart.	Ausserhalb entbunden.				VI.	nicht ausgetragen	420 gr. 28 cm		†		240 gr. 1 cm dick. Foetid.	Keine Angaben. 21. IX. gesund entlassen.		
61	1901 Oktbr. 916	Schwarzfischer Ther. 18 J. I p gross, kräftig	8. X. 12h m.	In bewusstlosem Zustand eingebracht. Angebl. seit 3 Tagen Krampfanfälle.	?	9. X. p. p.			mässig	—		Leukocyten, Detritus, gekörnte Cylinder.	Eklampsie	II. Sch.	8. X. 5^{30} p. m.	?	Kolpeuryn ter, Braxton Hicks, Extrakt.	VIII	nicht ausgetragen	1450 gr. 43 cm		†		350 gr. 1 cm dick. Placenta marginata.	Nach d. Geb. wird d. Puls klein, frequent, d. Atmung stertorös. Noch einige Anf. 9. X. 5h a. m. Exitus, bevor Puerp. z. Bewusstsein kam.		**Anat. Diagn.:** Grosse gelbe Niere (Schwangersch.-Niere). Multiple Blutungen in Leb. u. Lunge. Hirnoed.
62	1901 Nov. 1023	Steininger Marie 24 J. I p mittelkräftig	18. XI. 10h p. m.	Masern in d. Kindheit. Seit Juli Schwellung beid. Beine, sonst keine Schwangerschaftsbeschwerden.	Mässige Oed. beider unt. Extrem.	18. XI. a. p. 21. XI. 1. XII. 6. XII.			viel Spur „ —			Vereinzelnte Epithel. Wenige Epithelien. Massenhaft Eiterkörperchen. Keine Cylinder.		II. Ges.	19. XI. 3^{35} a. m.	15 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3350 gr. 51 cm	+		1° asph.	590 gr. 1,5 cm dick. Kalk vorhanden.	Wochenbett o. Bes. Etwas Schwindel. 6. XII. gesund entlassen.	Wird gestillt. Gedeiht gut. Entl.-Gew. 3420 gr.	
63	1901 Nov. 1041	Küthlein Rosina 28 J. V p gracil	19. XI. 11^{50} a. m.	I. Part. immatur VIII. mens. Kind †. II. Part. normal. III. Abort. III. mens. IV. Part.: Kind tot geboren. In d. 5. Schwangerschaft häufiges Erbrech. Bewusstlos eingeliefert.	?	Durch Katheter war kein Urin zu erhalten.							Eklampsie Blutung aus der Vulva.	II. Sch.	Partus fand nicht statt, grav. †.				VII.				†		Eihäute a. R. d. Plac. in gr. Ausdehnung durch ein Haematom abgelöst. Im Placentargewebe 2 walnussgrosse Blutergüsse. Plac. selbst noch fest mit d. Uteruswd.	Unter d. Zeichen d. Herzlähmung bei der Gravida Exitus 28. XI. 11^{50} p. m.		**Anat. Diagn.:** Acute, haemorrhg. pareuch. Nephritis. Myodegeneratio cord. Allg. Anaem. Oedem d. Lunge.

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme	Urin							Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Resond. Befunde		Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment															
64	1902 Januar 75	Frank Lucia 23 J. I p mittelkräftig chlorotisch	28. I. 9^{45} a. m.	Chlorose seit d. 17. J. Gravidität o. Bes. ?	Oed. der unt. Extrem., der Labien und Bauchdecken.	28. I. a. p.			mässig			?		I. Sch.	29. I. 3^{h} a. m.	19 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3975 gr. 52 cm	+			835 gr. 2 cm dick. Multiple Infarkte. Fibr. Schwart. a. Rand.	Grosse Labien nach der Geburt sehr stark oedematös. 5. II. geg. ärztl. Rat ausgetreten.	Wird gestillt. Gedeiht gut. Entl.-Gew. 3870 gr.	
65	1902 Febr. 156	Sellmeier Marie 20 J. I p	20. II. 9^{30} a. m.	Litt früher viel an Unwohlsein u. Kopfschm. Im tiefen Coma eingeliefert.	Oedeme a. d. ob. u. unt. Extremitäten und Bauchdecken.	20. II. a. p.			$2^{0}/_{00}$			Reichl. Körnchencyl.	Eklampsie inter grav.	I. Sch.	21. II. 10^{45} a. m.	?	Spontan	X.	ausgetragen	2830 gr. 49 cm	+			725 gr. 2 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Im Wochenbett kein Anfall mehr. Oedem nehmen zu. Gesicht wird geduns. Schwerer Ikterus. Puls wird klein und frequent. 25. II. 5^{35} p. m. Exitus letalis.	Von einer andern Wöchn. gestillt, gedeiht gut.	**Anat. Diagn.:** Acute parench. Degeneration beider Nieren. Multiple Necroseherde der Leb. bei puerper. Eklampsie. Crupöse Pneumonie und acute Oedeme der Lungen.
						21. II. p. p.	s.	1011	$2^{0}/_{00}$	—		Leukocyten und Zelldetritus.															
						24. II.	s.	1018	mässig	—																	
66	1902 Febr. 158	Gürtner Kathi 24. J. II p schwächlich	21. II. 12^{15} a. m.	Part. ist seit 5 Jahren magenleidend. I. Part. 9 spontan, in puerper. eklampt. Anfälle. Kind lebt. Jetzige Grav. o. Bes.	Vorhanden.	21. II. a. p.			viel			?	Eklampsie interpart.	I. Sch.	21. II. 7^{30} a. m.	21 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	2840 gr. 49 cm	+			560 gr. 2 cm dick. Am ob. Rande 6 cm langer, 4 cm breiter zungenförm. Lappen.	Wochenbett o. Bes. 1. III. gesund entlassen.	Soxhlet. Gedeiht mässig. Entl.-Gew. 2577 gr.	
67	1902 Febr. 167^{b}	Westhauser Frau 39 J. VI p	20. II. ?	Puerpera im ekl. Anfall eingebracht. In d. letzten Schwangersch. häufiges Erbrechen, in d. 2. Hälfte viel Kopfweh, schlechtes Sehen u. geschwollene Füsse.	Oedeme der unt. Extremitäten.	20. II.		1020	$3^{0}/_{00}$	—		Leukocyten u. Plattenepithelien.	Eklampsie puerperal.	Ausserhalb entbunden.				Keine Angaben.						Keine Angaben.	Somnolenz, Unruhe, Hallucinationen. 25. II. auf eigene Verantwortung entlassen.	?	
						25. II.	s.		mässig	—		Spärl. Epithelien, zahlr. Leukocyten, Detritus, keine Cylinder.			19. II. 12^{h} a. m.		Spontan									
68	1902 März 223	Paulus Josefa 22 J. I p mittelkräftig	11. III. 10^{30} p. m.	Stets gesund. Gravidität o. Bes.	Oedeme der Unterschenkel.	12. III. a. p.			mässig	—				I. Sch.	12. III. 11^{15} a. m.	11 Std.	Forceps	X.	ausgetragen	3490 gr. 52 cm	+			590 gr. 2 cm dick. Viel Kalk vorhand. In d. Nähe d. Rand. mehrere bis Pfennigstück grosse Infkte.	Auch die Labien werden oedematös. Die Oedeme schwinden bald. 25. III. gesund entlassen.	Wird gestillt. Gut entwickelt. Entl.-Gew. 3150 gr.	
						16. III.	s.	1020	mässig	—		Zahlr. Leukocyten.															
69	1902 April 298	Gleixner Ludmilla 24 J. I p mittelkräftig	2. IV. 7^{h} p. m.	Masern u. Diphtherie. Noch magenleidend. In Grav. angebl. ab u. zu Krämpfe mit Bewusstseinsverlust, Kopfschmerz und geschwollene Füsse.	Oedeme der Unterschenkel.	6. IV.	s.	1017	$3^{0}/_{00}$	—		Einige Epithelien, zahlr. gran. Cylinder.	Eklampsie puerperal.	II. Sch.	3. IV.	35 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3050 gr. 49 cm	+			700 gr. 2 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand u. i. der Mitte.	Zahlr. eklampt. Anfälle. 20. IV. entlassen (gegen ärztl. Rat).	Soxhlet, gut entwickelt. Entl.-Gew. 2860 gr.	
						8. IV.	s.	1018	Spur	—		Harnsäure, Tyrosin u. Leucin.															
70	1902 April 332^{a}	Krach Betty 27 J. II p gracil	14. IV. ?	Als Kind Masern u. Lungenentzündung. I. Part. o. Bes. II. Part. ausserhalb. Bei Beginn d. Geburt wurde sie bewusstl. In diesem Zustand eingebracht.	Augenlider etwas oedematös.	14. IV.	s.	1027	Spur	—		Harns. Krystalle, Epithelien.	Eklampsie interpart.	Ausserhalb entbunden.				Keine Angaben.						Keine Angaben.	Somnolenz. Keine Anfälle mehr. 20. III. Mit Diätvorschriften entlassen.	?	
						17. IV.	s.	1012	—	—		Einige Plattenepithel.			13. IV. 2^{15} a. m.		Spontan										
						20. IV.	s.	1015	Spur	—		Epithelien, Leukocyt.															
71	1902 Mai 387^{a}	Meier Fanny 21 J. I p mittelkräftig	30. IV. 7^{20} p. m.	Wird halbentbunden von d. Hebamme eingebracht.	?	1. V.	a.	1012	etwas	—		Spärl. Sediment: Epithel., Schleimkörp. Viel Leukoc., keine Cyl. Epithelien.		Ausserhalb entbunden.				VIII | IX.	nicht ausgetragen	1290 gr. 42 cm	+			Credé. Keine Angaben.	Schläft viel. Leichter Kopfschmerz. Sonst ohne Beschwerden. 9. V. ges. entlassen.	Stirbt sofort.	
						3. V.	a.	1013	$3^{0}/_{00}$																		
						6. VI.	s.	1012	—	—																	
72	1902 Mai 400	Spigolo Linda 19 J. I p mittelkräftig	6. V. 8^{30} a. m.	War immer gesund. In der Gravidität seit einigen Wochen geschwollene Beine.	Hochgradiges Oedem der Genitalien u. der Bauchdecken. Gedunsenes Gesicht.	6. V. a. p.			viel				Gonorrhoische Parametr.	I. Sch.	7. V. 12^{20} a. m.	8 Std.	Armvorfall. Spontan	X.	ausgetragen	3060 gr. 48 cm	+			635 gr. 3 cm dick. Zieml. viel Kalk vorhanden.	Oedeme schwinden vom 4. Tag an sehr langsam. Harnmenge nimmt zu. Parametritis gonorrhoica. Ascaris lumbricoides. 27. V. frei von Oedemen, aber mit starkem Eiweissgehalt — gegen ärztlichen Rat — entlassen.	Soxhlet. Wird in Kost gegeben.	
						7. V.	s.	1028	$10^{0}/_{00}$	—		Zahlr. gekörnte Cyl., viele Epithel., einzelne Leukocyten.															
						27. V.			reichl.																		
73	1902 Mai 401	Müller Viktoria 24 J. I p mittelkräftig	7. V. 7^{h} a. m.	Als Kind Masern. Grav. o. Bes.	Starkes Bauchdeckenoedem. Ascit. Knöcheloed.	9. V. p. p.	s.	1015	mässig	—		Gekörnte und Epithel. Cyl. Kein Sediment. —	Ascites.	I. Sch.	7. V. 12^{45} p. m.	41 Std.	Forceps	IX.	nicht ausgetragen	2150 gr. 46 cm	+		II° asph.	500 gr. 3 cm dick.	Nach der Geburt aufgetriebener Leib, Kopfschmerz. 17. V. gegen ärztl. Rat entlassen.	Anaemisch. Nicht lebensfähig. 13. V. Exitus letalis.	
						10. V.	s.	1006	—	—																	
						17. V.			—																		

Nummer	Jahrgang und journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme.	Urin							Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Besond. Befunde		Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment															
74	1902 Mai 420	Maschauer Johanna 26. J. I p mittelkräftig	13. V. 10^{30} a. m.	Im ekl. Anfall eingeliefert. In Grav. keine Beschwerden.	?	15. V. a. p. 15. V. 20. V.	s. a.	1015 1019	mässig Spur —	+ — —	+ — —	Gekörnte Cyl., Epithelien, Leukocyten. Gran. u. wachsartige Cylind., Leuko- und Erythrocyten. Gekörnte Cyl., Epithelien im Zerfall.	Eklampsie interpart.	II. Sch.	13. V. 11^{10} a. m.	?	Forceps	X. Anf.	nicht ausgetragen	2110 gr. 47 cm	+		II° asph.	465 gr. bis 3.5 cm dick*). Cotyledonen grossenteils v. gelb. Farbe (Infarkte!) Kirschkerngrosse Apoplexie. *) Am Rande stellenweise kaum 0,5 cm.	Im Wochenbett Ruhe u. Schlaf, relat. Wohlbefind. Vom 17. an Beschwerde frei, ohne Oedeme. 20. V. geg. ärztl. Rat entlassen.	Wiederbelebt Leichtes Oed. des Scrotums und d. Beine. 14. V. Exitus. Bronchopn. Gastroentritis.	
75	1902 Mai 425a	Barth Julie 25 J. I p mittelkräftig	16. V. 11^{55} p. m.	Stets gesund. Grav. ohne Bes. Halb entbunden.	Keine.	21. V. 26. V.	s. a.	1020 1015	0,75‰ —	— —		Epithelien, Blutkörperchen, Schleimkörperchen. Epithelien.	Parametritis	Sturzgeburt ausserhalb.				X.	ausgetragen	3175 gr. 50 cm	+			405 gr. 2 cm dick. Kalk vorhanden.	Im Wochenbett anfangs Kopfschmerzen. Keine Oedeme. Parametritis. 17. VI. gegen ärztl. Rat entlassen.	Soxhlet. Soor. Gedeiht gut. Entl.-Gew. 3524 gr.	
76	1902 Juni 502	Mödel Franziska 32 J. V p klein, schmächtig	11. VI. 11^{h} a. m.	Mit 18 Jahr. Typhus. Erstes Kind tot geboren, ebenso 2., das dritte starb nach zwei Monaten. 1 Abgang. Grav. o. Bes.	?	12. VI. p. p. 17. VI.	s. s.	1021 1009	0,75‰ —	— —		Wenig w. u. r. Bltk., Epithel., gekörnt. Cyl. Ephitelien, spärl. w. u. rot. Bltk.	Lues	II. Sch.	11. VI. 7^{10} p. m.	13 Std.	Wendg. u. Extrakt.	IX.	nicht ausgetragen	2150 gr. 46 cm	+		II° asph.	Oedé. 550 gr. bis 3 cm dick. Gewebe brüchig, anmehr. Stellen graurot.	Wochenbett o. Bes. 21. VI. rel. ges. entlassen.	Nicht wiederbelebt. Pemphigus luetic. Sekt.: Cong. Hyperplasie der Leber und Milz luetisch. Natur.	
77	1902 Juli 655	Landeck Anna 17,5 J. I p klein, fett	23. VII. 12^{08} a. m.	Gravida mit ekl. Anfällen. Vorher sehr viel Erbrechen, früher Rheumatismus artic.	?	Kein Urin zu erhalten.							Eklamps. graviditatis	Stirbt als Gravida.											Tod im Anfall.		**Anat. Diag.:** Acute Miliartub., Gravid. mens. X., parench. Nephritis und Oedem beider Nieren, Lungenoedem, Milzhumor.
78	1902 Aug. 792	Zeilhofer Marie ? ? klein	28. VIII. 3^{h} a. m.	Seit 27. viele ekl. Anfälle in der 30. Woche der Gravidität. Bewusstlos eingebracht.	Keine.	Urin konnte nicht untersucht werden.							Eklampsie grav.	II. Sch.	28. VIII. 4^{30} a. m.	?	Wendg. (Braxt.-Hicks) u. Extrakt.	IX.	nicht ausgetragen	1815 gr. 43 cm	+		II° asph.	340 gr. 1,2 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Tod im Anfall 28. VIII.	Nicht wiederbelebt.	**Anat. Diagn.:** Chron. interst. Nephritis (granulierte Niere) Dilatation d. Herz. Fettleber.
79	1902 Aug. 809	Hafner Marie 27 J. III p kein, schwach	30. VIII. 7^{45} p. m.	Litt früher an Masern, Diphtherie u. Gelenksrheumatismus. Seit 3 Wochen in ärztl. Behandlg. wegen starker Schwellungen. Abort vor 4 J. (IV. m.) In Grav. viel Erbrechen.	Starke Oed. am ganzen Körper.	2. IX. p. p.	s.	1015	mässig			Einige Leukocyten, spärl. Epithelcylinder.		Sturz-Geburt.	30. VIII. 11^{15} p. m.	8 Std.		VIII.	nicht ausgetragen	1300 gr. 35 cm		†		350 gr. 2 cm dick. Infarkt a. Rand.	Oedeme schwinden am 3. Tage des Wochenbetts. Subj. Wohlbefinden. 6. IX. gesund entlassen.		
80	1902 Sept. 839	Birner Margar. 35 J. ? p	6. IX. 7^{30} p. m.	Bis 6. IX. weg. Lungentbc. in Krankenhausbehandlg. Dann Blutungen. Grav. III. mens.	Keine.	8. IX. 13. IX. 16. IX.	s. s. a.	1005 1016 1010	+ Spur „	— — —		Spärl. gran. Cylinder. Keine Cyl. „ „		Abortus.	7. IX.			III,	Foetus 8 cm lang.						Collaps, Erbrechen, Kopfschmerz nach d. Abortus. 19. IX. auf Wunsch entlassen.		
81	1902 Sept. 841	Kömpel Therese 21 J. I p mittelkräftig	31. VIII. 7^{h} p. m.	Diphtherie u. Lungenentzdg. in der Kindheit. Gravid. o. Bes.	Oedem der unt. Extr. u. grossen Lab.	6. IX. a. p. 8. IX. 12. IX.	s. 	 	viel + Spur	+ + 	 — 	Zahlr. Epithel., Epith. Cyl., spärl. gran. und hyal. Cyl. Zahlr. Epithelcyl. und einige gran. u. hyaline Cylinder. Keine Cylinder.	Hydramnion	I. Sch.	7. IX. 2^{15} a. m.	8 Std.	Spontan	X.	ausgetragen	3100 gr. 52 cm	+			570 gr. 2 cm dick. Etwas Kalk vorhanden.	Im Wochenbett gutes Allgemeinbefinden. 13. IX. Keine Oedeme. Reichlich Urinentleerung. Entlassen.	Kräftig, gut gediehen. Entl.-Gew. 3180 gr.	
82	1902 Sept. 845a	Weinfurtner Maria ? ? p	7. IX. 10^{h} p. m.	Puerpera m. schweren Verletzungen der Scheide u. d. Cervix. Collabiert eingebracht.	?	8. IX. 13. IX. 19. IX.	s. s. s	1020 1028 1015	mässig mässig Spur	— — —		Versch. gran. u. Epithelcylinder. Keine Cylinder. Keine Cyl.		Ausserhalb entbunden.	7. IX. 8^{h} p. m.				Keine Angaben.					Keine Angaben.	Naht in Chloroformnarkose. Kein Fieber, etwas Frost. 20. IX. ges. entlass.		
83	1902 Sept. 849	Staudinger Wally 26 J. II p kräftig	8. IX. 1^{40} p. m.	I. part.: Zange, Kind †. II. Grav. o. Bes. Enges Becken: Hohe Zange u. Perforation schon versucht.	?	9. IX. p. op. 10. IX. 14. IX.	 s. s.	 1019 1012	mässig mässig Spur	 — —		Gran.- u. Epithel.-Cyl. Mehrere Wachscyl., vereinzelnte gran. und hyal. Cyl. Keine Cyl.	Plattes rhaehit. Becken	Sch.	8. IX. 1^{40} p. m.	?	Perforat. und Kraniokl.	X.	übergross	3340 gr. 57 cm	(ohne Blut u. Gehirn) †			560 gr. 1.5 bis 2 cm dick.	Wochenbett o. Bes. 29. IX. auf Wunsch ausgetreten.		

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.								Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme.	Urin							Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Besond. Befunde		Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment	Sonstige Befunde														
84	1902 Sept. 875	Wank Marie 22 J. I p mittelkräftig	16. IX. 10^{30} p. m.	In bewusstlosem Zustande eingebracht.	?	17. IX. a. p. 23. IX.	s.	1021	viel mässig	— —	—	? Epithelien, einige w. u. r. Bltk., keine Cyl.	Eklampsie grav.	I. Sch.	17. IX. 4^{10} p. m.	9 Std.	Kolpeurynt. z. Beschleunig. d. Geburt. Spontan.	IX.	nicht ausgetragen	1930 gr. 45 cm	+		I^0 asph.	Credé. 420 gr. 3 cm dick.	Noch zahlr. Anfälle im Koma. Vom 19. an keine Anfälle mehr. 24. IX. gesund entlassen.	Gedeiht.	
85	1902 Oktbr. 934	Kaltenhauser Marie 33 J. I p mittelkräftig	8. X. 4h p. m.	Nicht vernehmungsfähig. Nach Angabe des beh. Arztes hatte sie 6 ekl. Anfälle.	?	9. X. p. p. 11. X. 18. X.	s. s.	1015 1006	mässig Spur —	— —		Vereinz. r. Bltk., Epithelien, gran. Cyl. Spärl. Sediment: Keine Cyl. „ „	Eklampsie interpart.	II. Sch.	8. X. 5h p. m.	?	Wendung u. Extr. akt.	X.	ausgetragen	3060 gr. 50 cm	+			570 gr. 2 cm dick. Zieml. viel Kalk vorhanden. Viele fibr. Schwart.	Wöchnerin ist sehr schwach. Retinitis albumin. Keine Anfälle mehr. Vom 11. ab relat. Wohlbefinden, keinerlei Oed. 18. X. entlassen, gesund.	Soxhlet. Gedeiht gut.	
86	1902 Oktbr. 984	Schwartz Kunigunde 26 J. I p schwach, anaemisch	25. X. 4h p. m.	Grav. gut bis vor 14 Tagen: plötzl. Nasenbluten u. Anschwellg. der Extr. Vom städt. Krankenhaus verlegt wegen Gefahr d. Ekl.	Oedem der unt. Extrem.	25. X. 27. X. 2. XI.	s. s.	1020 1016	$7^0/_{00}$ mässig Spuren	— + —		Gran. Cylinder. Sehr viele Epithelien, Blutkörp. in geringer Menge. Viel gran., einige hyaline, viele Wachscylinder. Keine Cylinder im spärl. Sediment.		II. Sch.	26. X. 7^{10} p. m.	26 St.	Kolpeurynt. z. Beschleunigung. Spontan.	X.	ausgetragen	2875 gr. 49 cm	+			750 gr. 2 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Keinerlei Anfälle. Wochenbett ohne Bes. 2. XI. entlassen.	Gedeiht gut. Entl.-Gew. 2770 gr.	
87	1902 Nov. 1023	Grasmann Marie 20 J. I p klein, kräftig	8. XI. 5h p. m.	Mit 9 J. Gelenksrheum. In der Grav. öfters Erbrechen.	?	8. XI. p. p.			viel				Gemini	a) Fussl. b) II. Sch.	8. XI. 12h m.	17 Std.	Extrakt. — Wendung u. Extrakt.	X.	ausgetragen	a) 3120 gr. 51 cm b) 2940 50 cm	+ +			Credé. Beide Placenten getrennt. 1565 gr. 2 cm dick.	Wochenbett o. Bes. 15. XI. gesund entlassen.	Gedeihen gut an d. Mutterbrust.	
88	1902 Nov. 1047	Bock Elise 19 J. I p mittelkräftig	19. XI. 3^{55} a. m.	V. d. Sanitätskolonne i. Narkose eingeliefert. Am Tag vorher Kopfweh, Schwindel, Sehstörungen.	Oed. beider Unterschenk.	19. XI. a. p. 20.	s.	1025	mässig $10^0/_{00}$ $2^0/_{00}$			Zahlr. gran. hyal. und Wachs-Cyl., Epithel. u. Bltk.	Gemini Eklampsie interpart.	a) I. Sch. b) St.	19. XI. 9^{45} p. m.	?	a) Forceps. b) Wendung.	X. X.	ausgetragen ausgetragen	2270 gr. 48 cm 1970 gr. 44 cm	+ +			Credé. 2 getrennte Placenten. a) 765 gr. 1 cm dick. b) ? gr. 2 cm dick.	Soporös. Noch 1 Anfall (22.) Dann frei von Beschwerden. 30. XI. gegen ärztl. Rat entlassen.	Soxhlet. Beide gedeih. gut.	
89	1902 Nov. 1070	Aschka Antonie 27 J. II p mittelkräftig	30. XI. 4^{30} p. m.	Im ekl. Anfall eingebracht. Früher nie Krämpfe. I. Part. o. Bes. Vor d. 1. Anfall zahlr. Erbrechen.	Oed. beider Unterschenk.	30. XI. a. p. 2. XII. 9. XII.	s. s.	1020 1015	mässig $6^0/_{00}$ Spur			Viel gran. Cyl, zahlr. Epithelien. Zahlr. Epithel., hyal. u. gran. Cyl. Sediment spärl.; Vereinzelnte Blutkörp. u. Reste zerfallener gran. Cyl.	Eklampsie interpart.	I. Sch.	30. XI. 8h p. m.	?	Kolpeurynter. Wendung u. Extrakt.	IX.	nicht ausgetragen	1655 gr. 43 cm		†		Im Zusammenhang mit dem Kind ausgestossen. 355 gr. 2 cm dick. An der mater. Fläche zahlr. fibröse Schwarten.	Nach der Geburt sofort Anfall. Dann Wohlbefinden. 9. XII. entlassen.		
90	1902 Dezbr. 1079	Wiedamer Marie 30 J. VII p mittelkräftig	26. XI. 6^{45} p. m.	Früher Masern. Sämtliche 6 früheren Grav. etc. ohne Bes.	Oed. beider Unterschenkel u. d. Bauchdecken.	3. XII. a. p.			mässig			?	Hydramnion	II. Sch.	3. XII. 1^{10} p. m.	18 Std.	Spontan.	X.	ausgetragen	3400 gr. 51 cm	+			900 gr. 2 cm dick.	Wochenbett o. Bes. 9. XII. gesund entlassen.	Soxhlet. Gedeiht gut.	
91	1902 Dezbr. 1105	Seitz Marie 18 J. I p gross, kräftig	9. XII. 10^{40} p. m.	In Narkose v. d. Sanitätskol. eingebracht. Vorher mehrere ekl. Anfälle.	Starke Oed. d. unt. Extr., Genitalien, Bauchdecken, Gesichts u. d. Handrückens.	11. XII. a. p. 18. XII. 24. XII.	s. s.	1027 1010	$12^0/_{00}$ mässig Spur	+ — —	+	Viele gran. Cyl., Epithel. Cyl., Epithelien. Viel feingran. Cyl., wenig hyaline Cylind., Epithelien u. Blutk. Wenig gran. u. hyal. Cyl., zahlr. r. Blutk.	Eklampsie grav.	I. Sch.	12. XII. 3^{40} a. m.	8 Std.	Kolpeurynt. z. Beschleunigung der Geburt. — Spontan.	IX.	nicht ausgetragen	2100 gr. 46 cm		†		Credé. 400 gr. 2 cm d. Viele Apoplexien. Sehr hart, schwart. anzufühl. Blutgehalt. gering.	Sehr schwach. Wochenbett sonst ohne Bes. 24. XII. auf eigene Verantwortung entlassen.		
92	1902 Dezbr. 1148	Müller Anna 26 J. I p mittelkräftig	24. XII. 9^{30} p. m.	Als Kind Masern und Scharlach. In Grav. stets Uebelkeit. Seit 14 Tagen Leib bedeut. stärker, Harnmenge verringert, Sehkraft schwächer, Ohrensausen, Kopfschmerz; Keine Kindsbeweggn. mehr.	Oedem der Bauchdecken, Perlschnuroed.; Gesicht gedunsen; freies Ascites.	24. XII. a. p. 26. XII. 27. XII. 10. I.	s. s. s.	1013 1006 1013	viel mässig — Spur	— — —		Nierenepithel., spärl. hyal. u. gran. Cyl., Epithelien, spärl. hyal. u. feingran. Cylinder. Kein Sediment. Reichl. Sediment, Bltk. Spärl. Epithelien. Keine Cylinder.		I. Sch.	25. XII. 4^{30} a. m.	25 Std.	Kolpeurynter. — Spontan	VIII. IX.	nicht ausgetragen	1630 gr. 42 cm	+			570 gr. 3 cm dick. Plac. marginata.	Im Wochenbett keine Beschwerden. Oedeme beginnen am 4. Tag zu schwinden. 10. I. 03 relat. ges. entlass.	Gestillt. Gedeiht.	
93	1903 Jan. 4	Ertl Maria 22 J. I p schwächlich, anaemisch.	2. I. 3^{15} a. m.	Grav. o. Bes. Bei d. Geburt machte d. beh. Arzt vergebl. Wendungsversuche.	?	2. I. a. p. 2. I. p. p. 9. I.	s.	1012	mässig mässig —	—		Spärlich, Sediment, Epithelien. Reichl. Sediment, vereinz. hyal. und gran. Cyl., massenh. Bltk., spärl. Epithelien. Keine Cylinder.		IIb. Schiefl.	2. I. 4h a. m.	32 Std.	Decapitation.	X.	ausgetragen	2750 gr. 50 cm		†		Credé. 600 gr. 2 cm dick. Viel Kalk vorhanden.	Wochenbett o. Bes. 9. I. gesund entlassen.		

Nummer	Jahrgang und Journal-No.	Name Alter Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.									Geburt				Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
					Oedeme	Urin							Sonstige Befunde	Kindslage	Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht u. Länge	lebend	tot	Besond. Befunde		Mutter	Kind	
						Datum der Untersuchung	Reaktion	Spec. Gewicht	Eiweiss	Zucker	Aceton	Sediment															
94	1903 Jan. 42	Weber Marie 28 J. IV p	12. I. 11^{45} p. m.	War nie krank. Drei normale Partus etc. Vom 3. Monat der Gravid. an alle vierzehn Tage Blutungen, ziemlich stark, 1 Tag dauernd — 2 Monate hindurch. Vor d. Eintritt ekl. Anfälle und Bewusstlosigkeit.	Keine.	12. I. a. p. 13. I. 17. I.	s. s. s.	1020 1021 1020	mässig mässig Spur	— — —		Viel grob gran. und wachsart. Cyl., Sed. spärl., vereinz. gran. Cyl., wenig Epithelien. „ „	Eklampsie puerp.	I. Sch.	12. I. 4^{30} p. m.	?	Spontan	X.	ausgetragen	2335 gr. 49 cm	+		I^0 asph.	635 gr. 2,5 cm dick. Kalk vorh. Fibröse Schwarten a. Rand und in der Mitte.	Noch mehrere Anfälle p. part. 13. I. $8^h\,^{10}$ a. m. Rückkehr des Bewusstseins, keine Anfälle mehr. 26. I. gesund entlassen.	15. I. †.	
95	1903 Febr. 106	Kronawitter Therese 29 J. VII p kräftig	31. I. 5^{45} p. m.	Frühere 6 Geburten normal. Jetzige Grav. o. Bes. 30. I. Abds. Blutung.	Keine	3. II.	s.	1020	Spur	—		Epithelieu und Blutkörper. Viel grob gran. Cylinder.		I. Sch.	2. II. 8^{15} p. m.	5 Std.	Placenta praev. Wendung, Ektrakt.	X. Anfang	nicht ausgetragen	2430 gr. 47 cm	+		I^0 asph.	Manuelle Lösg. 510 gr. 2 cm dick. Fibr. Schwart. a. Rand.	Wochenbett o. Bes. 10. II. gesund entlassen.	Soxhlet. Schwächlich.	
96	1903 März 275	Rieder Barbara 41 J. VI p mittelkräftig	23. III.	I. und IV. grav. mit viel Erbrechen. Vier Kinder leben gesund. Jetzige Grav. ohne Bes.	Starke Oedeme d. Unterschenk. d. äussern Genitalien u. d. Bauchdecken.	24. III. a. p.			mässig			?	Hydramnion, Gemini.		25. III. $4^h\,^{20}$ p. m.	51 Std.	1) Forceps. 2) Wendg. u. Extrakt.	X. X.	fast ausgetragen	2420 gr. 48 cm — 2340 gr. 48 cm	+ +		I^0 asph. I^0 asph.	Credé 1) 625 gr. 2 cm dick. 2) 650 gr. 2 cm dick.	5. IV. in ärztl. Behandlg. entlassen.	1) Brutofen, dann Soxhlet. 5. IV. m Nabeleiterung entl. 2) Brutofen, sehr ikterisch. 29. III. †.	
97	1903 April 342	Horle Franziska 33 J. II p mittelkräftig	16. IV.	Mit 24 J. I. p. forceps. Jetzige grav. o. Bes. Seit 14 Tag. Schwellung d. Hände u. Füsse.	Gesicht gedunsen, Oed. d. Hände, Füsse u. der Bauchdecken.	16. IV. 19. IV. 24. IV.	s. s.	1011 1016	viel mässig Spur	— —		Zahlr. Bltk. u. Epithel., keine Cyl. Bltk, Epithelien, keine Cyl.		I. Sch.	17. IV. 8^{20} p. m.	44 Std.	Hohe Zange.	X.	ausgetragen	4170 gr. ?		†	totenstarr.	Credé. 730 gr. 2 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Wochenbett o. Bes. Mit Verhaltungsmassregeln 26. IV. entlassen.		
98	1903 Juli 659a	Lederer Klara ? ?	22. VII. 5^{40} p. m.	Im ekl. Anfall eingebracht.	?	22. VII.	s.	1012	12‰	—		Nierenepithelien, hyal. u. feingran. Cyl., Blut- u. Eiterkörperchen.	Eklampsie	Keine Angaben.				Keine Angaben.						Keine Angaben.	Zahlr. Anfälle. Collaps. Tod: 22. VII.		Keine Sektion.
99	1903 Aug. 704	Schultheiss Therese 26 J. I p mittelkräftig	27. VII. 6^h p. m.	Litt als Kind an Masern u. Lungenspitzenkatarrh. Vor 4 Monaten Nierenerkrankung u. Blasenkatarrh. 26. angebl. Anfall von Benommenheit und Krämpfen in den Gliedern.	?	29. VII. 9. VIII.	s.	1018	mässig Spur	—		Sediment reichlich: Epithelien d. Nieren, Bltk.	(Tbc. pulm. Nephritis Cystitis)	II. Sch.	2. VIII. 10^{50} p. m.	10 Std.	Kolpeurynter. — Spontan.	X. Anf.	nicht ganz ausgetragen	2950 gr. 47,5 cm	+			710 gr. 2 cm dick. Fibröse Schwarten a. Rand.	Wochenbett o. Bes. 9. VIII. relat. gesund entl.	Soxhlet. Gedeiht gut.	
100	1903 Oktbr. 972	Voggenreiter Anna 25 J. I p mittelkräftig	9. X. 6^{30} a. m.	Grav. ohne Bes. Die letzte Zeit Schwellg. der Knöchel. Vor dem Eintritt ekl. Anfälle.	Starkes Oed. der Knöchelgegend.	9. X. a. m. 11. X. 13. X.	s. s. a.	 1020 1014	$^1/_8$ Vol.‰ mässig 3,8‰	 — 		Detritis, zahlr. Epith., hyal. u. Körnchencyl. Viele r. Bltk., wenig Leukocyten. Einz. gek. Cyl., Detritus. Gran. Cyl. vereinzelt; Detritus, Leukocyten.	Eklampsie interpart.	II. Sch.	9. X. 5^{30} p. m.	48 Std.	Kolpeurynther, Wendg. u. Extrakt.	X. Anf.	nicht ganz ausgetragen	2520 gr. 50 cm	+		I^0 asph.	Credé. 680 gr. 2 cm dick. Kalk vorhand. Fibröse Schwarten a. Rand.	Komatös. Vom 4. Tag an schwinden die Oedeme. Sonst keinerl. Beschwerd. 16. X. entlassen.	Soxhlet. Gedeiht mässig.	
101	1903 Oktbr. 1004	Caroline di Centa 38 J. I p kräftig	18. X. 11^{30} a. m.	In Grav. öfters Migräne.	Oedeme der Knöchel.	19. X. a. p. 20. X.			wenig viel			?		I. Sch.	19. X. 6^{20} p. m.	39 Std.	Spontan.	X.	ausgetragen	3410 gr. 50 cm	+			Credé. 790 gr. 2—3 cm dick. 1 Cyste an d. Insertionsstelle der Nabelschnur.	Wochenbett o. Bes. 29. X. gesund entlassen.	Mutterbrust. Gut entwick. Entl.-Gew. 3220 gr.	